

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
NÍVEL DOUTORADO**

**COMPETÊNCIAS E O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
CONCEPÇÕES DE DOCENTES E DISCENTES**

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

Porto Alegre

2002

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
NÍVEL DOUTORADO**

**COMPETÊNCIAS E O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
CONCEPÇÕES DE DOCENTES E DISCENTES**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação no Curso de Pós-Graduação em Educação, como requisito à obtenção do título de Doutor.

MIRIAM DE ABREU ALMEIDA

Porto Alegre

2002

ORIENTADORA

Prof^a Dr^a Délcia Enricone – PUCRS

CO-ORIENTADORA

Prof^a Dr^a Maria da Graça Crossetti - UFRGS

Dedico este estudo

Aos meus pais, Abelardo e Ruth, origem de tudo que sou.

Ao Ricardo, meu amigo e companheiro, apoio sempre presente.

Ao Marcelo e Fernando, meus bens mais preciosos.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Délcia Enricone, que aceitou o desafio de orientar este trabalho, pela capacidade e comprometimento, pela orientação segura, objetiva e afetuosa, decisivas na concretização da pesquisa realizada, meus sinceros agradecimentos.

À Profa. Dra. Maria da Graça Crossetti, por suas valiosas sugestões e entusiasmo com a temática investigada.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da UFRGS e às colegas da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, que propiciaram meu afastamento para realização de grande parte das atividades do doutorado, pelo apoio e incentivo. Em especial, à Margarita Unicovsky que prontamente realizou a versão do espanhol.

À Pró-Reitoria de Graduação da UFRGS, pela concessão de professor substituto no meu período de afastamento.

À Coordenação, professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Educação da PUCRS, pela carinhosa acolhida e constante estímulo. Agradeço ao professor Juan Mosquera, pelas prazerosas e instigantes discussões proporcionadas nas suas aulas. Ao professor Roque Moraes, por seus ensinamentos durante as disciplinas cursadas, de grande valia na construção de textos e na análise empreendida.

À CAPES, por ter apoiado financeiramente meu Curso de Doutorado em Educação.

Às bibliotecárias da PUCRS e da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo auxílio à busca bibliográfica e esclarecimentos de aspectos técnicos ligados à sua área.

Às amigas e colegas Maria Henriqueta Luce Kruse e Maria Augusta Soares, por seus questionamentos e reflexões, que me auxiliaram nesta jornada solitária e ampliaram minha perspectiva sobre o tema.

Aos docentes e discentes participantes da pesquisa, aos quais devo os resultados da mesma, por sua imensa colaboração e entusiasmo.

À Kátia Lopes, pelo auxílio na etapa de coleta dos dados.

À Denise Dorneles, pela ajuda na transcrição do material gravado.

Aos meus pais, Abelardo e Ruth Abreu, por me ensinarem a lutar pelos meus sonhos, pelas lições de perseverança na superação de obstáculos e construção de uma vida. Em especial, ao meu pai, pelo exemplo profissional de integridade e busca constante da excelência, e pela influência positiva nas minhas escolhas.

Ao meu marido Ricardo Almeida e aos meus filhos Marcelo e Fernando, pela compreensão dos momentos de afastamento do convívio familiar, pela paciência, estímulo e carinho.

À minha sogra Noely, pela disposição permanente em ajudar.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	9
LISTA DE QUADROS.....	10
RESUMO.....	11
RESUMEN	13
ABSTRACT	15
INTRODUÇÃO	17
PRIMEIRA PARTE - REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
1 O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E SEU ENSINO	32
1.1 O PROCESSO DIAGNÓSTICO.....	33
1.2 DENOMINAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	45
1.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENSINO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	48
2 COMPETÊNCIAS E O ENSINO-APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	51
2.1 COMPETÊNCIA NA ENFERMAGEM.....	54
2.2 COMPETÊNCIA PEDAGÓGICA E O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	59

SEGUNDA PARTE - INVESTIGAÇÃO	74
3 METODOLOGIA.....	75
3.1 OBJETIVOS DO ESTUDO	75
3.2 ÁREA TEMÁTICA.....	76
3.3 CAMINHO METODOLÓGICO ESCOLHIDO	76
3.4 CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO	85
3.4.1 Local do estudo / considerações sobre a escolha do campo	86
3.4.2 Participantes do estudo	87
3.4.3 Procedimentos para a coleta de informações.....	88
3.4.4 Análise das informações.....	95
TERCEIRA PARTE - RESULTADOS	99
4 RESULTADO DAS ENTREVISTAS.....	100
4.1 CONCEPÇÕES DE COMPETÊNCIA	101
4.2 COMPETÊNCIA: PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	105
RESULTADO DOS GRUPOS FOCAIS	111
5 RESULTADO DO GRUPO FOCAL DE DISCENTES.....	112
5.1 CONCEPÇÕES DE COMPETÊNCIA	112
5.1.1 Significações de competência.....	114
5.1.2 Atributos da competência	118
5.1.3 Dimensões de competência.....	120
5.2 COMPETÊNCIA: PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	126
5.2.1 Relação com os saberes / conhecimentos	127
5.2.2 Estratégias de ensino-aprendizagem.....	138
5.2.2.1 Aspectos específicos do diagnóstico de enfermagem.....	138
5.2.2.2 Comunicação computacional relacionada ao ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.....	142
5.2.3 Contexto institucional do curso	144
5.2.3.1 Estrutura Curricular	144
5.2.3.2 Política Institucional da Escola de Enfermagem	147

6	RESULTADO DO GRUPO FOCAL DOS DOCENTES.....	149
6.1	CONCEPÇÕES DE COMPETÊNCIA	149
6.1.1	Significações de competência.....	152
6.1.2	Atributos da competência	157
6.1.3	Dimensões de competência.....	161
6.2	COMPETÊNCIA: PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM.....	163
6.2.1	Relação com os saberes / conhecimentos	163
6.2.2	Estratégias de ensino-aprendizagem.....	170
6.2.2.1	Aspectos específicos do diagnóstico de enfermagem.....	171
6.2.2.2	Comunicação escrita e computacional relacionada ao ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem	175
6.2.3	Contexto Institucional do Curso de Graduação	180
6.2.3.1	Estrutura Curricular	180
6.2.3.2	Política Institucional	181
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	188
	REFERÊNCIAS	220
	ANEXOS	234

LISTA DE SIGLAS

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
ACENDIO	- Association of Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes
AENTDE	- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería
AFEDI	- Association Francophone Européenne des Diagnostics Infirmiers
CIE	- Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE	- Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem
CIPESC	- Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
DE	- Diagnóstico de Enfermagem
EEnfUFRGS	- Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GIDE	- Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem
GTDE	- Grupo de Trabalho de Diagnóstico de Enfermagem (do HCPA)
HCPA	- Hospital de Clínicas de Porto Alegre
JSND	- Japan Society of Nursing Diagnosis
NANDA	- North American Nursing Diagnosis Association
NIC	- Nursing Intervention Classification
NOC	- Nursing Outcomes Classification
PE	- Processo de Enfermagem
SINADEn	- Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro Resumo - Referencial Teórico Norteador.....	72
Quadro 2 – Categorias emergentes das entrevistas individuais realizadas com docentes e discentes de enfermagem	101
Quadro 3 – Resultado do grupo focal de discentes	113
Quadro 4 – Resultado do grupo focal de docentes	150

RESUMO

Este estudo é de cunho qualitativo, em nível exploratório, descritivo e interpretativo, e teve como objetivo analisar as concepções de discentes e docentes sobre competências e sua relação com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. O Referencial Teórico norteador contemplou os três focos que constituem a Área Temática da investigação: o diagnóstico de enfermagem, as competências e o processo ensino-aprendizagem. A investigação foi realizada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul cujo hospital universitário introduziu o diagnóstico de enfermagem informatizado na sistematização da assistência aos pacientes. Participaram do estudo onze discentes do último ano do curso de graduação e dez docentes que orientavam alunos, ambos em atividades de ensino teórico-prático no hospital com a utilização do diagnóstico de enfermagem informatizado. As informações foram coletadas em duas etapas, primeiramente através de oito entrevistas individuais semi-estruturadas. Num segundo momento, foram realizados dois grupos focais, um de docentes e outro de discentes, cada um com quatro sessões para a coleta de informações e uma para validação dos resultados. Utilizei Análise de Conteúdo proposta por Moraes (1999) como metodologia de análise. Na identificação e contextualização das concepções dos discentes e docentes sobre competências na enfermagem, emergiram três categorias: *significações* (função própria de um profissional e capacidade para desempenhar uma tarefa com qualidade, envolvendo conhecimento, experiência e valores pessoais), *atributos* (do profissional enfermeiro e do docente de enfermagem. Os atributos da competência coincidem com as características do pensador crítico) e *dimensões* (técnico-científica; humanística – ética, estética e cultural -; de relacionamento interpessoal; comunicativa – verbal, escrita e computacional -; sociopolítica; educacional) de competência. Ao relacionar as concepções que os participantes possuem sobre competências com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, as categorias foram: *relação com os saberes/conhecimentos* (ênfase do ensino ainda saber técnico, ambigüidade diante do conhecimento específico do diagnóstico de enfermagem, importância do desenvolvimento da dimensão humanística para a elaboração de diagnósticos individualizados), *estratégias de ensino-aprendizagem* (trabalhar com estudos de caso, desenvolver postura metacognitiva, enfatizar o processo diagnóstico e não só sua denominação, desenvolver acurácia diagnóstica, exercitar o processo diagnóstico previamente ao uso da informática, realizar pesquisas visando propor novos diagnósticos adequados à nossa realidade sociocultural), e *contexto institucional do curso* (implicações curriculares - o diagnóstico de enfermagem é complexo e exige conhecimentos pouco trabalhados no currículo, e política institucional da Escola de

Enfermagem - trabalhar com os diagnósticos de enfermagem no ensino implica decisão institucional, e não só individual ou das disciplinas). Os resultados apontaram para a necessidade de formação de professores acerca dos diagnósticos de enfermagem com vistas à construção de competência do discente e do docente, da competência coletiva, com a partilha de experiências e reflexão.

RESUMEN

Este estudio es de cuño cualitativo, en nivel exploratorio, descriptivo, interpretativo, y tiene como objetivo analizar las concepciones de alumnos y docentes sobre las competencias y su relación con el proceso de la enseñanza del diagnóstico de enfermería. El Referencial Teórico norteador contempló los tres focos que constituyen la Área Temática de la investigación: el diagnóstico de enfermería, las competencias y el proceso de enseñanza. La investigación se realizó en la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal del Rio Grande del Sur del cual su hospital universitario hizo la introducción del diagnóstico de enfermería informatizado en la sistematización de la asistencia a los pacientes. Participaron del estudio once alumnos del último año del curso de graduación y diez docentes que hacían orientación a los alumnos, ambos en actividades de enseñanza teórico práctico en el hospital con la utilización del diagnóstico de enfermería informatizado. Las informaciones fueron colectadas en dos etapas, primeramente a través de ocho entrevistas individuales semiestructuradas. En un segundo momento fueron realizados dos grupos focales, uno con cuatro sesiones para la colecta de informaciones y una para validar los resultados. Utilicé análisis de contenido propuesto por Moraes (1999) como metodología de análisis. En la identificación y contextualización de las concepciones de los alumnos y docentes sobre competencias en la enfermería emergieron tres categorías: *significaciones* (función propia de un profesional y capacidad para desempeñar una tarea con calidad, envolviendo conocimiento, experiencia y valores personales) *atributos* (del profesional enfermero y del docente de enfermería). Los atributos de la competencia coinciden con las características del pensador crítico y *dimensiones* (técnico científica; humanística-ética, estética y cultural -; de relaciones interpersonales; comunicativa- verbal, escrita y computacional-; sociopolítica; educacional) de competencia. Al relacionar las concepciones que los participantes poseen sobre competencias con el proceso de enseñanza del diagnóstico de enfermería, las categorías fueron: *relación con el saber/conocimiento* (énfasis de la enseñanza todavía en el saber técnico, ambigüedad delante del conocimiento específico del diagnóstico de enfermería, importancia del desenvolvimiento de la dimensión humanística para la elaboración de diagnósticos individualizados, *estrategias de enseñanza* (trabajar con estudios de caso, desenvolver actitudes metacognitivas, énfasis en el proceso diagnóstico y no solamente su denominación, desenvolver el correcto diagnóstico, ejercitar el proceso diagnóstico previamente al uso de la informática, realizar pesquisas visando proponer nuevos diagnósticos adecuados a la nuestra realidad sociocultural), y *contexto institucional del curso* (implicaciones curriculares- el diagnóstico de enfermería es complejo y exige conocimientos

poco trabajados en el currículo, y política institucional de la Escuela de Enfermería- trabajar con los diagnósticos de enfermería en la enseñanza implica decisiones institucionales y no solamente individuales o de las disciplinas). Los resultados apuntaron para la necesidad de formación de maestros acerca de los diagnósticos de enfermería con vistas a la construcción de competencias del alumno y del docente, de la competencia colectiva, con la división de experiencias y reflexiones.

ABSTRACT

This is a qualitative, exploratory, descriptive and interpretative study. The objective of the study is to analyse the concepts that professors and students have about competency and relate them to the teaching-learning process of nursing diagnosis. The theoretical framework approached three subjects that comprise the field of the study: the nursing diagnosis, the competencies and the teaching-learning process. The study was carried out at the Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul whose teaching hospital introduced computerised nursing diagnosis in the systematization of the patients care in the hospital. Eleven students of the last year of the graduation course and ten professors who were responsible for students during their practice, both using the computerised nursing diagnosis have participated in the study. The information was collected in two stages. The first one through eight individual interviews and the second one through two focus groups. One of them was formed by students and the other group was formed by professors. Each group had four meetings for data collection and one for results validation. Content analysis (Moraes, 1999) was used as analysis methodology. As a result three categories were found in the identification and context of the professors and students' concepts about competency in nursing: *significance* (the professional attributions and the capacity to perform a task with quality, involving knowledge, experience and personal values), *attributions* (of the professional nurse and nursing professor. The attributions of competency are similar to the characteristics of the critical thinker) and *dimensions* of competency (technical-scientific, humanistic, of personal relationship, communicative, social-political and educational). When relating the concepts that participants have about competency and the teaching-learning process of nursing diagnosis, the categories found were: relation with *knowledge* (the teaching emphasis is still the technical knowledge, ambiguity towards the specific nursing diagnosis knowledge, the importance of developing humanistic dimension to elaborate individualized diagnoses); *teaching-learning strategies* (importance of case studies, metacognition posture, emphasizing diagnostic reasoning and not only the diagnostic titles, developing diagnostic accuracy, learning the diagnostic process before using the computerized system, doing research aiming at the proposition of new diagnosis adapted to our social-cultural reality) and *institutional context of the course* (curricular implications: nursing diagnosis is complex and demands knowledge which is not properly worked with in the curriculum; and the institutional politics of the nursing school: working with nursing diagnosis in education implies institutional decisions, not only individual or of the disciplines). The results showed

the need of forming professors with nursing diagnosis knowledge with the objective of developing professor, student and group competency, sharing experiences and thoughts.

Introdução

INTRODUÇÃO

Em todas as áreas de atuação, o homem desenvolve suas atividades de forma organizada, seguindo um método para atingir seus propósitos. Na prática profissional da enfermeira¹, a metodologia empregada na organização do conhecimento e do cuidado ao paciente² denomina-se Processo de Enfermagem (PE). O seu uso possibilita a aplicação dos fundamentos teóricos da enfermagem na prática, ordenando e direcionando o cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada.

O Processo de Enfermagem constitui uma atividade intelectual deliberada que auxilia a enfermeira na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados. Atualmente, este método é desenvolvido em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, caracterizando-se por ser intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias.

A primeira etapa do PE é encontrada na literatura com a denominação de *histórico de enfermagem, investigação, coleta de dados* ou *avaliação inicial* e consiste na coleta de informações subjetivas e objetivas referentes ao cliente, à família e/ou comunidade, com o propósito de identificar necessidades, preocupações, ou reações humanas do cliente. A segunda é do *diagnóstico de enfermagem (DE)*, elaborado a partir da análise e síntese dos dados coletados. Em etapas subsequentes, são realizados o *planejamento* dos cuidados, com o

¹ Os termos enfermeiro e enfermeira, professor e professora, aluno e aluna serão empregados aleatoriamente neste estudo, tendo em vista que a sociedade é composta por homens e mulheres.

² O termo paciente aqui empregado pode ser substituído por indivíduo, cliente, família, grupo ou comunidade, ou seja, aqueles de quem a enfermagem cuida.

estabelecimento de estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados no diagnóstico de enfermagem, e a *implementação* ou *ação*, que compreende a execução do plano por membros da equipe de enfermagem, pelo cliente ou por sua família. Por último, encontra-se a etapa de *avaliação* ou *evolução*, fase sempre em processo e de mensuração dos resultados alcançados (STANTON, PAUL e REEVES, 1993; IYER, TAPTICH, BERNOCCHI-LOSEY, 1993; CARPENITO, 1997; SMELTZER e BARE, 1998; ALFARO-LEFEVRE, 2000). O ensino desta metodologia tem refletido o desenvolvimento da profissão.

A evolução da enfermagem e do seu ensino vem sendo influenciada pelas mudanças da estrutura socioeconômica, política e cultural ao longo dos anos. As várias modificações, visando a acompanhar o desenvolvimento técnico-científico, têm sido norteadas pela busca da competência profissional. Conhecer um pouco da sua evolução histórica auxilia na compreensão dos rumos perseguidos por uma profissão que nasceu sob o signo da caridade e da submissão.

Desde o período colonial, até o início do século XX, a enfermagem existente no Brasil era essencialmente intuitiva, desprovida de base científica. Foi por volta da década de 20 que o seu ensino desenvolveu-se de forma organizada, regulado por normas próprias. O primeiro curso de enfermagem no Brasil, criado em 1923, foi concebido como um modelo anglo-americano, compatibilizando o modelo proposto por Florence Nightingale e o norte-americano, baseado especialmente nas atividades práticas. Backes (1999) chama a atenção, contudo, de que o modelo curricular implantado no Brasil, que era uma versão norte-americana do sistema Nightingale, sofreu forte influência das teorias administrativas de Taylor, ao enfatizar o trabalho parcelado e os procedimentos técnicos no seu gerenciamento. Esse legado apresenta fortes raízes ainda nos dias atuais.

O ensino do Processo de Enfermagem em nosso meio teve seu início com Wanda Horta³, na década de 70. Ele fornecia uma estrutura de pensamento para que a enfermeira antecipasse ou resolvesse rapidamente os problemas apresentados pelos pacientes. A sua aplicação, contudo, se dava de forma incompleta. Embora nessa época tenha havido uma preocupação com os aspectos preventivos, poucas mudanças ocorreram no sentido de modificar o

³ Primeira enfermeira brasileira a desenvolver um modelo de processo de enfermagem, fundamentado nas necessidades humanas do cliente, família e comunidade, cuja estrutura baseia-se na Teoria da Motivação Humana e Necessidades Básicas de Maslow, e na denominação proposta por João Mohana (necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais).

currículo, que era rígido, estruturado a partir do modelo biomédico, enfatizando mais o fazer do que o pensar.

Durante a minha prática como enfermeira assistencial, e posteriormente como docente, observava certas lacunas no Processo de Enfermagem. A mais importante até então, na minha opinião, consistia no estabelecimento dos problemas do paciente, ou problemas de enfermagem, como era denominada a etapa que hoje se chama diagnóstico de enfermagem. Não havia consenso sobre o que deveria ser registrado, embora soubéssemos prescrever cuidados concernentes à equipe de enfermagem.

A palavra diagnóstico se origina do grego *diagignoskein* significando distinguir, conhecer a parte. Um profissional está diagnosticando quando chega a uma conclusão acerca da causa ou da natureza de uma condição, situação ou problema. Assim, os mecânicos diagnosticam defeitos de automóveis, os advogados diagnosticam questões relacionadas à legislação, os médicos diagnosticam aspectos de funcionamento do organismo e doenças e os professores diagnosticam as dificuldades de aprendizagem (CARPENITO, 1997).

Conhecer a proposta advinda de um grupo de enfermeiras norte-americanas e canadenses, que na década de 70 iniciaram estudos com esta mesma preocupação, de construir uma terminologia⁴, de caráter internacional, que referisse os problemas de saúde do cliente pelos quais tem responsabilidade profissional, trouxe algum alento às minhas inquietações. O trabalho deste grupo deu origem à taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que consiste num sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem. Esta padronização da nomenclatura é necessária, também, para a informatização dos registros das enfermeiras e para respaldar legalmente suas ações, reforçando a autonomia profissional.

Entender os processos e produtos do raciocínio diagnóstico, influenciados por teorias e conceitos do processamento da informação e tomada de decisão se tornou o foco do ensino clínico em muitos países. No Brasil, o ensino e a pesquisa dos DE tiveram seu início no final da década de 80, decorrentes do intercâmbio técnico-científico-cultural entre docentes da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade de Connecticut – EUA (GARCIA, 1998).

⁴ No presente estudo serão utilizados os termos nomenclatura, terminologia e vocabulário, embora na literatura o termo linguagem seja mais comumente empregado. O seu uso será evitado por sua abrangência de significados.

A adoção de livros textos, majoritariamente traduções de obras norte-americanas que utilizam a NANDA, impulsionou o estudo da taxonomia. Contudo, ainda hoje se observa que essa etapa é ensinada de forma isolada e descontínua nos cursos de graduação.

Poucas instituições brasileiras aplicam o diagnóstico de enfermagem na prática profissional. Aliado à falta de dados que permitam a sua determinação, atribui-se a esse fato o desconhecimento e a dificuldade de domínio técnico-científico da enfermeira na identificação das respostas humanas do paciente diante de uma situação de estresse. Somada a isso, identifica-se a resistência de profissionais em empregar a metodologia do Processo de Enfermagem, por entendê-la como uma atividade burocrática que os distancia do paciente.

Em consonância com o posicionamento de Jesus (2000), penso que imagens simplificadas e ilusórias em relação ao Processo de Enfermagem, tanto ao considerá-lo como algo difícil de ser concretizado e meramente acadêmico, quanto ser a única alternativa para o enfermeiro impede que se reconheça sua real atividade. Esta é uma discussão que deve permear o ensino e o contexto dos serviços. As vantagens e desvantagens do processo de enfermagem continuam a ser debatidas na literatura.

No decorrer dos anos 90, o foco do Processo de Enfermagem transpôs os diagnósticos e se voltou para a especificação e mensuração de resultados do cuidado prestado ao paciente pela enfermeira, como decorrência da reforma norte-americana dos cuidados à saúde. Pesut e Herman (1998) afirmam que os velhos modelos do processo de enfermagem não preenchem mais as necessidades contemporâneas. É preciso desenvolver modelos de raciocínio criativos e alternativos mais efetivos. As autoras argumentam que o desenvolvimento dos sistemas de classificação em enfermagem, de diagnósticos, intervenções e resultados, atualmente fornecem a terminologia para o raciocínio clínico da enfermeira.

A construção de um vocabulário e classificação abrangente das intervenções, a Nursing Intervention Classification (NIC), vem sendo coordenada por professoras da University of Iowa. Este projeto iniciou em 1987 e encontra-se na terceira edição (MCCLOSKEY e BULECHEK, 2000). A NIC focaliza o comportamento da enfermeira, isto é, concentra-se nas atividades que ela executa para auxiliar o paciente a alcançar os resultados desejados.

O esforço crescente das enfermeiras em mensurar os resultados da sua prática profissional data da década de 60. No entanto, a construção de uma classificação direcionada à avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem teve início em 1991, com os estudos liderados

por outra equipe de pesquisadores do College of Nursing da University of Iowa. A Nursing Outcomes Classification (NOC) está na segunda edição, seus resultados descrevem o estado do paciente, comportamentos, reações e sentimentos em resposta ao cuidado prestado (JOHNSON, MASS e MOORHEAD, 2000).

A tendência de conexão entre a NIC, NANDA e NOC foi expressa à medida que a classificação das intervenções vinha sendo desenvolvida e testada na prática clínica. A NANDA e o Iowa Center for Nursing Classification têm trabalhado de forma colaborativa para o desenvolvimento e o reconhecimento internacional. Em 1997 e 1999 foram realizadas conferências conjuntas para facilitar o uso das três classificações, que contaram com participantes provenientes de vários países. Elas podem ser empregadas em diferentes referenciais teóricos, além de permitirem o uso conjunto ou separado.

Ao participar da 14ª Conferência da NANDA, realizada em Orlando-EUA, bem como do V Simpósio Nacional sobre Diagnóstico em Enfermagem (SINADEn), ocorrido em João Pessoa, ambos no ano 2000, pude constatar a relevância das discussões sobre a articulação dessas três classificações e as perspectivas para um futuro próximo, que culminaram com a Conferência NANDA, NIC, NOC 2002, em Chicago e o VI SINADEn em São Paulo, destacando essa ligação.

A primeira publicação de um livro, ilustrando a conexão entre as três classificações reconhecidas pela Associação Norte-Americana de Enfermagem (ANA), configura um grande passo para facilitar o uso dessas terminologias na prática, na educação e na pesquisa. A equipe de pesquisadores enfatiza, com muita pertinência, que as ligações propostas nesse livro não são prescritivas e não substituem o julgamento clínico da enfermeira. Outros resultados e intervenções devem ser selecionados a partir de um diagnóstico particular apresentado por cada indivíduo, família ou comunidade (JOHNSON et al., 2001).

Na Europa foi criada a ACENDIO (Associação Comum Européia de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem) em 1995. Na 3ª Conferência da ACENDIO, realizada em Berlim no ano de 2001, comprovei a importância e a preocupação com o presente tema ao participar desse encontro. A Presidente da ACENDIO, June Clark, destacou a presença de quase 20 países, incluindo países re-emergentes do Leste Europeu. Além dos relatos descritivos e do compartilhamento de experiências, houve a apresentação de pesquisas rigorosamente conduzidas, gerando novos conhecimentos e refinando o conhecimento já

existente em relação às terminologias para a profissão (EUROPEAN CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 2001).

Na Conferência Especial da ACENDIO, ocorrida na cidade de Viena em 2002, foi proporcionado um intercâmbio de idéias e colaboração entre as enfermeiras norte-americanas e européias que têm estudado os sistemas de classificação em enfermagem. Esse evento refletiu a riqueza da diversidade cultural sobrepujando a competitividade, o receio de imperialismo da enfermagem norte-americana e a rejeição diante da possibilidade de os títulos diagnósticos limitarem a visão holística do paciente, manifestado anteriormente por muitas colegas da Europa quando, há uma década, foi apresentado o trabalho da NANDA (SPECIAL CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 2002).

Além da ACENDIO, que congrega vários países europeus, existe a AFEDI, que é a associação francesa e a AENTDE, espanhola. No Japão foi fundada a JSND, Sociedade Japonesa dos Diagnósticos de Enfermagem, em 1995. Em dezembro de 1999, essa sociedade já contava com mais de 1300 membros, e na sua 5ª Conferência, ocorrida nesse mesmo ano, participaram 3183 profissionais (OUD et al., 2000).

No Brasil existem grupos de estudo e grupos de interesse em diagnóstico de enfermagem (GIDE) nos diferentes Estados, vinculados à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Recentemente foi criado o Departamento Científico de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (DECIDIRE), ligado às Diretorias Científico-Cultural e de Assuntos Profissionais da ABEn, cujo regulamento encontra-se em fase de elaboração. Os SINADEn são os eventos oficiais sobre a temática no país.

É importante destacar que a enfermagem brasileira participou no projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE), proposto pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e financiado pela Fundação W.K. Kellogg, visando ao desenvolvimento de um sistema de classificação voltado à prática de enfermagem em saúde coletiva, uma vez evidenciado um acentuado direcionamento para a assistência hospitalar. A realização do projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) em âmbito nacional por quase quatro anos, coordenado pela ABEn e alicerçado em consistente referencial teórico-metodológico, propiciou o amplo envolvimento das instituições

de saúde e de enfermagem, dos enfermeiros pesquisadores, assistenciais e docentes, no qual me incluo. Além de identificar a prática de enfermagem nos espaços extra-hospitalares, o projeto teve como objetivos compreender como o processo de saúde acontece, seus determinantes e possibilidades de transformação no trabalho em saúde, voltado aos princípios da Saúde Coletiva, da Reforma Sanitária e do SUS (SILVA et al., 1997; ANTUNES, 2000).

As associações existentes em diferentes países atestam o atual estado da arte na área da nomenclatura, conceitos e desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem, decorrentes da demanda crescente por cuidados de enfermagem requeridos pelas mudanças sociais, políticas, tecnológicas e culturais. Além disso, as enfermeiras das diversas nações têm sido solicitadas a divulgar seu trabalho e a demonstrar a eficiência e eficácia dos cuidados de enfermagem dispensados à clientela. Nesta perspectiva, é visualizada a importância do desenvolvimento de uma terminologia que expresse a prática profissional alicerçada em sólido conhecimento.

A disseminação deste conhecimento que está sendo produzido se dá, especialmente, via educação. É função da Universidade, dentre outras, a difusão do saber com consciência crítica e pensamento criador (LUCKESI et al., 1998). A utilização das classificações de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem demanda julgamento clínico e tomada de decisão, que precisam ser ensinados e aprendidos nos cursos de formação.

Na atualidade, é possível afirmar que a enfermagem brasileira encontra-se voltada ao estudo do raciocínio diagnóstico e de classificações do DE. Algumas iniciativas, especialmente ligadas a cursos de pós-graduação, demonstram interesse crescente no desenvolvimento de estudos direcionados aos tratamentos de enfermagem e à mensuração dos seus resultados. Esses estudos estão alicerçados em sistemas de classificação oriundos principalmente da enfermagem norte-americana, denotando que a sua influência ainda se faz sentir, em grande medida, na enfermagem brasileira e no seu ensino.

Embora a proposta de uniformização da terminologia, por meio da construção de sistemas de classificação para a enfermagem, seja ainda um assunto que gera certa polêmica, com defensores ardorosos e profissionais que advogam contrariamente a sua criação e implantação alegando reducionismo, a temática se amplia mundialmente a cada dia comprovando que o assunto merece estudo e discussão. Rejeitar a continuidade do desenvolvimento de uma proposta porque ela possui imperfeições não parece ser a melhor escolha.

O envolvimento com os diagnósticos de enfermagem tem permeado minha caminhada profissional desde 1993 quando, ao assumir a Chefia do Serviço de Enfermagem em Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), procurei dar ênfase ao ensino promovendo atividades de extensão. Numa dessas atividades, juntamente com as enfermeiras do setor, propusemos elaborar um modelo de instrumento para coleta de dados de indivíduos em situação de emergência, e nos deparamos com a literatura, ainda escassa em português, sobre a segunda etapa do processo de enfermagem. A partir de então, este tem sido um dos focos de meus estudos e da docência, por vislumbrar na proposta dos diagnósticos de enfermagem muitas respostas aos meus anseios.

A opção de aprofundar e difundir os conhecimentos levou-me a formar um grupo de estudos sobre diagnóstico de enfermagem, como extensão universitária, congregando enfermeiros assistenciais e docentes, e que se constitui em espaço para discussões e reflexões sobre a metodologia do cuidado de enfermagem. O desejo de estender este trabalho à comunidade motivou-nos a oficializar junto à ABEn – RS o Grupo de Interesse em Diagnóstico de Enfermagem (GIDE-RS) em dezembro de 1996, promovendo reuniões abertas a todos os interessados. Buscando expandir a participação dos profissionais de diferentes instituições de saúde e de ensino e divulgar a Taxonomia da NANDA, optou-se por transformá-lo em GIDE itinerante, ou seja, realizá-lo em hospitais variados, a partir de 1998 (ALMEIDA, ARAÚJO e KRUSE, 1995; ALMEIDA et al., 1999; ALMEIDA e ARAÚJO, 2001a).

A receptividade dos colegas das distintas instituições de Porto Alegre e do interior do Estado, ao demonstrar interesse pela proposta, aliada à atualização proporcionada pela participação em eventos nacionais e internacionais, bem como a sua ampliação no ensino têm permitido constatar a progressiva importância que o tema assume também no panorama regional e local.

Soma-se a isso, com especial destaque, a recente informatização do Processo de Enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde ocorre grande parte das atividades teórico-práticas de ensino da instituição em que sou docente. Embora o Processo de Enfermagem seja utilizado desde a segunda metade da década de 70, e tenha ocorrido a primeira experiência com a prescrição de enfermagem por computador na Sala de Recuperação em 1992, foi somente no ano de 2000 a implantação dos diagnósticos de enfermagem informatizados. Esse programa é decorrência do projeto de pesquisa

“Introduzindo o processo diagnóstico como registro do cuidado na Enfermagem em um hospital universitário” (CROSSETTI et al., 1998), coordenado por uma docente de enfermagem e com a participação de um número expressivo de enfermeiras da instituição e de alguns professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnfUFRGS), entre os quais me incluo. Representa um passo significativo no processo de cuidar, pois conjuga um conhecimento novo dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, ao referencial de Wanda Horta, conhecido por muitas enfermeiras brasileiras e empregado na instituição.

Cabe ressaltar que o HCPA, vinculado academicamente à UFRGS, completa 30 anos de existência como referência em assistência, ensino e pesquisa, sendo lembrado pela comunidade com carinho e respeito. O reconhecimento de sua função social e destaque por seu desempenho, cuja Missão Institucional é prestar assistência, formar recursos humanos e gerar conhecimento em saúde, contemplou-o com diversos prêmios e certificados de qualidade. O Ministério da Saúde concedeu-lhe o Prêmio Qualidade Hospitalar 2000, decorrente da avaliação de usuários do SUS. Foi, ainda, destacado como o hospital *Top of Mind* de Porto Alegre nos anos 2000 e 2001, revelando altos índices de satisfação da clientela (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2001).

Dos 3763 funcionários do HCPA no ano de 1999, 351 eram enfermeiros, 625 técnicos de enfermagem e 605 auxiliares de enfermagem. A força de trabalho de enfermagem representava 42% do contingente de recursos humanos da instituição hospitalar. Além desses, 20 professores da Escola de Enfermagem da UFRGS atuam em cargos diretivos no hospital universitário (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2000). Esses dados não sofreram alteração significativa até o ano de 2002.

O grande volume de serviços oferecido pelo HCPA é evidenciado através dos dados relativos ao ano de 2000, em que foram realizados 550.444 consultas, 29.561 cirurgias, 2.044.297 exames, 4.153 partos, 163 transplantes e 27.438 internações (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2001). Todos os pacientes internados nos 722 leitos do hospital são cuidados por equipes de enfermagem durante as 24 horas diárias. Estes cuidados são prescritos pela enfermeira a partir dos diagnósticos de enfermagem decorrentes da avaliação do paciente que ela realiza.

A sistematização e a universalização de uma terminologia não configuram tarefa fácil. Para muitos teóricos, como os pós-estruturalistas, ela é impossível de ser efetivada, entre outras razões, por diferenças culturais. Os meus estudos, aliados à experiência como consultora, supervisora e revisora técnica de livros sobre o assunto, publicados pela Editora Artmed, fornecem-me subsídios para acreditar que o desenvolvimento dessa taxonomia tem possibilidade de contemplar diagnósticos que reflitam as diversidades culturais. Entretanto, esta proposta, como qualquer outra, deve ser analisada criticamente e sofrer as adaptações necessárias ao contexto em que será empregada.

O diagnóstico de enfermagem representa uma mudança de paradigma de uma profissão voltada para aspectos biomédicos, preocupada com o processo patológico e essencialmente dependente, para uma profissão que busca sua função independente, ao focalizar as respostas fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais do indivíduo, família e comunidade que dêem respaldo ao cuidado de enfermagem.

Nesta perspectiva, um aspecto que me instiga em grande medida refere-se ao ensinar e aprender o processo diagnóstico, que é um processo interpretativo e complexo de julgamento e raciocínio clínico, envolvendo habilidades de pensamento crítico e de tomada de decisão. Desta forma, identificar um diagnóstico preciso é, possivelmente, uma das etapas mais difíceis do processo de enfermagem. O seu estabelecimento incorreto pode acarretar uma série de conseqüências ao paciente, desde retardar a solução do seu problema até acentuar os seus prejuízos.

Para Radwin, citado por Jesus (2000), a compreensão do processo de raciocínio diagnóstico favorece não apenas a própria enfermeira, mas a sociedade, que passa a desfrutar de cuidados mais apropriados e qualificados decorrentes da identificação mais segura e precoce dos problemas do paciente. Esta visão, no meu entender, não pode prescindir da participação do próprio sujeito que é cuidado.

Endosso as palavras de Cruz (1997), ao manifestar que a enfermeira deve ser competente na sua atividade diagnóstica, pois os diagnósticos de enfermagem expressam as necessidades de cuidados daqueles dos quais cuida. E a competência no exercício profissional implica ser competente para decidir os cuidados necessários.

Assim, o ensino e a aprendizagem do processo diagnóstico assumem vital importância na formação dos futuros enfermeiros, cuja preocupação central e final é o indivíduo. Preocupa-

me, porém, que a introdução dos diagnósticos de enfermagem no ensino e na assistência, informatizados ou não, concentre nossas atenções em normas preestabelecidas que configurem uma “camisa-de-força”, ou que o fascínio tecnológico suplante o ato de pensar ou mesmo mascare a permanência no paradigma alicerçado na doença. Ou, ainda, que apresente um efeito rebote, distanciando a enfermeira do paciente.

O momento atual, em que a discussão sobre o ensino dos diagnósticos de enfermagem se intensifica, concorre com o indispensável debate nas Escolas e Faculdades do país acerca das Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001). Com a promulgação da LDB⁵ de 1996, os currículos mínimos até então existentes foram substituídos por diretrizes curriculares, configurando orientações gerais a serem observadas por todas as instituições de ensino superior na reformulação dos seus projetos pedagógicos.

A pedagogia de competências, contida nas diretrizes curriculares, encerra um paradigma possivelmente desconhecido por muitos daqueles envolvidos diretamente na práxis educativa. Como alerta Perrenoud (1999), um sociólogo suíço e professor da Université de Genève que vem pesquisando sobre esta temática, o centro das contradições da escola oscila entre dois paradigmas, o de ensinar conhecimentos ou desenvolver competências. O primeiro deles compreende uma abordagem tradicional que privilegia aulas e provas, enquanto o segundo inspira-se fundamentalmente nas novas pedagogias e na formação de adultos.

No perfil profissional almejado, o formando deve adquirir competências e habilidades no âmbito da prevenção, do cuidado, do gerenciamento, da educação, da investigação e da informação em saúde (SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL, 1998; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2001). A necessidade que se impõe é de um profissional crítico e reflexivo, com competência técnica-científica-ética-política-social-cultural e educativa. O nosso ensino, entretanto, parece ainda estar direcionado para a competência técnica, que muitas vezes envolve um cuidado cartesiano, fragmentado (CROSSETTI, 1989; SANTOS, 1996).

Pressupondo que:

⁵ Trata-se da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9.394 promulgada em 20 de dezembro de 1996.

- a competência profissional compreende uma totalidade, que pode ser entendida como possuindo variadas dimensões;
- o processo de enfermagem utilizado pelas enfermeiras na prática profissional possibilita cuidar do ser humano na sua integralidade, sendo que o diagnóstico de enfermagem, segunda etapa desta metodologia, propicia a base científica para as ações independentes;
- a construção do diagnóstico, que implica processo interpretativo e complexo de julgamento e raciocínio clínico, possibilita identificar as respostas fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais do indivíduo, família e comunidade diante de processos vitais ou problemas de saúde, que dêem respaldo a uma ação assistencial concreta e contextualizada, de forma adequada e satisfatória;

Defendo que o ensino e a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, numa perspectiva integralizadora, ao envolver habilidades de pensamento crítico e de tomada de decisão, favorecem a construção da competência do formando em enfermagem e requerem o desenvolvimento de uma série de competências específicas e habilidades, inerentes ao ofício docente e ao discente. Desta forma, o diagnosticar em enfermagem abarca, *a priori*, dimensões de competência técnico-científica, ética, cultural, social, espiritual e em tecnologias da informação e comunicação, a serem contempladas na formação da enfermeira ao longo do curso de graduação.

O foco deste estudo concentra-se no corpo discente e docente da Escola de Enfermagem da UFRGS, cujo hospital universitário é pioneiro na implementação do diagnóstico de enfermagem informatizado, de modo que a sua aplicação extrapola o uso meramente acadêmico, muitas vezes dissociado da prática. Partindo do que foi exposto anteriormente, formulou-se como objetivo geral “analisar as concepções de discentes e docentes sobre competências e sua relação com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem”.

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, em que utilizei as técnicas de entrevista individual semi-estruturada e grupo focal para a coleta de dados, e Análise de Conteúdo como metodologia de análise.

Buscando construir um referencial teórico que dê sustentação à temática investigada, inicio com “O diagnóstico de enfermagem e seu ensino”, abordando o processo diagnóstico, o seu enunciado e apresentando algumas considerações acerca do seu ensino. No capítulo seguinte, denominado “Competências e o ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem”, procuro focar diferentes noções de competência, partindo de uma visão mais geral, destaco a multidimensionalidade do termo presente na enfermagem, e examino aspectos relacionados à competência pedagógica, alicerçando-me especialmente em Perrenoud, para tratar das implicações do ofício docente e do discente numa abordagem por competências.

Primeira Parte

REFERENCIAL TEÓRICO

1 O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E SEU ENSINO

A idéia de atividade diagnóstica na enfermagem foi verificada, de forma incipiente, na época de Florence Nightingale, com o advento da enfermagem moderna. Esta idéia ressurgiu na década de 1920, de maneira implícita, ao ser sugerido o uso do método científico, com a identificação e o registro dos problemas específicos de enfermagem para a determinação de tratamentos que lhe competiam. Na década de 50, aparece a primeira referência na literatura ao termo diagnóstico de enfermagem, evidenciando algum interesse por este conceito. Entretanto, foi apenas na década de 70 que os diagnósticos de enfermagem foram foco de atenção, reconhecimento e estudo dos enfermeiros, resultando na necessidade de formulação de um sistema que promovesse o uso desta terminologia (FARIAS et al. 1990).

Os vários sistemas de classificação em enfermagem em desenvolvimento na atualidade têm contribuído no delineamento do corpo de conhecimentos específico da profissão e na denominação dos fenômenos da prática clínica. Segundo Cruz (2001), padronizar uma terminologia para a enfermagem implica buscar um acordo entre os profissionais acerca dos nomes que serão atribuídos às diversas situações que constituem os focos da sua prática.

Parafrazeando Antunes (2000, p.13), penso que a enfermagem, ao desenvolver sistemas de classificação, tem procurado distanciar-se do referencial alicerçado nas técnicas e na intervenção descontextualizada que lhe norteou o ensino e a prática nas últimas décadas. A busca direciona-se a um novo referencial, em que o cuidado é entendido como uma ação específica e fundamentada em novos conhecimentos, ações, valores e resultados, cuja integralidade e a contextualização social de si e daqueles a quem cuida é salientado.

O sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem mais difundido no Brasil, e empregado neste estudo, é a Taxonomia da NANDA. Segundo a North American Nursing Diagnosis Association (2000, p.145), uma taxonomia é um “tipo de classificação; estudo teórico de classificações sistemáticas que inclui suas bases, seus princípios, seus procedimentos e suas regras”.

O termo diagnóstico de enfermagem tem sido compreendido tanto como um processo quanto como um produto. O processo diagnóstico pode ser considerado um sub-processo do Processo de Enfermagem, antecedendo o enunciado desse produto, momento em que é empregada uma nomenclatura padronizada. No presente capítulo será abordado inicialmente o processo diagnóstico, após a denominação do diagnóstico de enfermagem, e por fim aspectos relacionados ao seu ensino.

1.1 O PROCESSO DIAGNÓSTICO

Distintas perspectivas têm sido empregadas para abordar o processo diagnóstico, ao envolver o uso de capacidades sensoriais e cognitivas, o pensamento crítico e a tomada de decisão. Alguns autores têm sido enfáticos ao afirmar que diferentes termos encontrados na literatura, e usados para designar diagnóstico de enfermagem, devem ser reexaminados. Julgamento clínico, tomada de decisão, raciocínio clínico, raciocínio diagnóstico e inferência clínica são exemplos desses termos (HAMERS, ABU-SAAD e HALFENS, 1994; CRUZ, 1995; CARVALHO e JESUS, 1997; JESUS, 2000).

Jesus (2000), em sua tese de doutorado, apresenta ampla revisão de conceitos relacionados ao processo diagnóstico na tentativa de compreender sua interligação. Ela conclui que as dificuldades existentes no uso dos termos deve-se aos matizes de diferenciações entre cada um deles. Segundo ela, contudo, o termo “julgamento clínico” é mais apropriado quando empregado no ato de se estabelecer um juízo ou discriminar entre dois conceitos, ao passo que “raciocínio” é mais adequado ao referir um processo pelo qual dois ou mais juízos relacionados produzem uma conclusão (o diagnóstico).

A autora pondera, ainda, que, embora haja uma diminuta diferenciação entre os termos raciocínio clínico e raciocínio diagnóstico, ambos podem ser empregados no mesmo sentido. No entanto, a utilização do termo “processo diagnóstico” está associada à expressão de uma

idéia mais ampla de julgamento e raciocínio, abrangendo operações de julgamento clínico, de raciocínio clínico e raciocínio diagnóstico (JESUS, 2000).

Encontramos na literatura vários autores que indicam o desenvolvimento das habilidades de pensar criticamente e de tomar decisões como requisitos para a habilidade de diagnosticar. Essa posição não contraria a de Luckesi (2000), para quem o diagnosticar e o decidir são processos articulados e indissociáveis. Partindo dessas considerações, passo a abordar aspectos do pensamento crítico e da tomada de decisão, que são termos intimamente imbricados com o processo diagnóstico, para então focalizá-lo com mais detalhe. Compreender os seus significados é essencial para o desenvolvimento de competências no ensino e para a aprendizagem.

Originário de um enfoque filosófico, Abbagnano (1998) aponta quatro significados distintos para o termo pensamento. O primeiro, e mais amplo deles, foi introduzido por Descartes, indicando qualquer atividade mental ou espiritual. Entender, querer, imaginar e sentir, bem como perceber, era o mesmo que pensar. Spinoza incluiu o amor, o desejo e qualquer outra afeição da alma dentre as formas de pensamento. Esse significado é abandonado por Kant, e não é utilizado na filosofia moderna.

O segundo significado refere-se ao pensamento como uma atividade do intelecto ou da razão, diversa tanto da sensibilidade e da vontade, quanto da atividade prática. Este entendimento tornou-se tradicional e é compartilhado por aqueles que aceitam a idéia de intelecto como faculdade de pensar. O terceiro significado deste termo designa-o como atividade discursiva, e o quarto como atividade intuitiva, por sua identidade com o objeto (idem, 1998).

Lima e Cassiani (2000) identificaram e analisaram 52 artigos sobre pensamento crítico, publicados em periódicos nacionais e internacionais, no período compreendido entre julho/1992 e julho/1997, evidenciando a predominância de artigos teórico-descritivos. Segundo as autoras, o tema pesquisado ainda se encontra em fase de conhecimento e de apresentação. Foram localizadas trinta e três definições de pensamento crítico, que datam de 1910 a 1997. Entretanto, apenas em 1994 começam a surgir conceituações específicas para a enfermagem.

Segundo Facione et al., citados por Lima e Cassiani, a definição de consenso para pensamento crítico, resultante de uma pesquisa Delphi multidisciplinar, patrocinada pela American Philosophical Association diz que

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 (2000, p.27).

Esta ampla e rica definição, embora pouca utilizada, possibilita avançar na compreensão e na avaliação do processo cognitivo de julgamento clínico em enfermagem. Os pontos comuns contidos nas definições identificadas no estudo são a reflexão, o ceticismo, a importância do contexto e a atitude investigativa buscando conhecer o que está no entorno. O pensamento crítico consiste, então, num tipo de pensamento complexo em que o indivíduo está apto a realizar operações mentais como a análise, síntese, avaliação, interpretação, tomada de decisão, bem como é capaz de reconhecer e memorizar o resultado dos processos de pensamento de outros (LIMA e CASSIANI, 2000).

Lipman (1995) já afirmava que o pensar crítico tem relação com o raciocínio, a análise e o julgamento. Ao considerar o raciocínio como uma habilidade, ele indica que pode ser ensinado, estudado e aprendido. Ele chama a atenção para o fato de que algumas definições atuais de pensar crítico enfatizam as conseqüências deste pensar, mas poucas vezes observam suas características essenciais, além do que as conseqüências apontadas geralmente limitam-se às soluções e às decisões. O autor acrescenta que “o pensar crítico é o pensamento que: 1) facilita o julgamento, pois 2) se fundamenta em critérios, 3) é autocorretivo, e 4) é sensível ao contexto” (p.172). Critérios são razões e a utilização competente dessas razões consiste numa forma de estabelecer a objetividade dos nossos julgamentos prescritivos, descritivos e avaliativos. O pensar crítico é autocorretivo porque visa descobrir as próprias fraquezas e corrigir o que é falho nos próprios procedimentos. Para esse autor os critérios estão entre os instrumentos mais importantes do procedimento racional.

Dentre os vários instrumentos construídos para mensurar o pensamento crítico, Facione e Facione (1996) desenvolveram um teste baseado nas características consideradas ideais para o pensador crítico, que são: ser habitualmente inquisitivo, bem informado, confiante das razões,

possuir mente aberta, ser flexível, ser justo na avaliação, honesto ao deparar-se com preconceitos pessoais, prudente em fazer julgamentos, disposto em reconsiderar, claro sobre questões, metódico em assuntos complexos, diligente em procurar informações relevantes, sensato na seleção de critérios, focalizado na investigação e persistente na busca de resultados tão precisos quanto o assunto e as circunstâncias permitirem.

Essas características aparecem também no texto de Case (1998), ao afirmar que muitos especialistas concordariam que o “pensador crítico” deve reformular problemas e explorar situações; gerar alternativas e idéias; reunir evidências para apoiar conclusões; refletir criticamente sobre a base do conhecimento (organização, inferências, seleção de dados relevantes, pensamento em termos de conceitos, realização de conexões), sobre as decisões tomadas e sobre o seu próprio processo de pensamento. Outras importantes características consistem em examinar suposições; criticar desenvolvimentos e usos de critérios, assim como a avaliação de uma fonte confiável; investigar (esclarecer, contestar); mostrar abertura para mudanças e outras perspectivas; colaborar, examinar suposições e perspectivas e gerar soluções integradas em um processo interpessoal.

Alguns fatores pessoais e situacionais podem influenciar na habilidade para o pensamento crítico. Dentre os fatores pessoais encontram-se o desenvolvimento moral; a idade; preconceitos; inteligência emocional; autoconfiança; conhecimento sobre resolução de problemas, tomada de decisão, processo de enfermagem e princípios de pesquisa; habilidades interpessoais e comunicação eficientes; avaliação habitualmente precoce; experiências passadas; habilidade de escrita, de leitura e de aprendizagem eficazes. Como fatores situacionais podem ser destacados a ansiedade, fadiga e estresse; conhecimento dos fatores relacionados; conhecimento dos riscos envolvidos; conhecimento dos recursos; reforço positivo; estilos de avaliação ou julgamento; presença de fatores motivacionais; tempo limitado e distrações ambientais (ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Vários estudos que abordam a necessidade de reformulações no processo ensino-aprendizagem na enfermagem apontam o desenvolvimento do pensamento crítico no aluno de graduação como estratégia transformadora do paradigma ainda fortemente calcado na transmissão, como uma habilidade essencial no desenvolvimento de competências da futura enfermeira (FACIONE, FACIONE e SANCHEZ, 1994; KATAOKA-YAHIRO e SAYLOR, 1994; WALDOW, 1995; ALFARO-LEFEVRE, 1996; GOODMAN, 1997; DALEY et al.,

1999; ADAMS, 1999; MAY et al., 1999; LIMA e CASSIANI, 2000; ANGEL, DUFFEY e BELYEA, 2000).

Waldow (1995) aponta três dimensões de estratégias para desenvolver o pensamento crítico, quais sejam: atividades de observação, como ouvir, ver e sentir; atividades de escrita, que incluem diários, questionários, pesquisas, análise e síntese; e atividades de ação, tais como simulações, jogos, situação-problema, e outras. Essas atividades favorecem a integração de grupo, respeito à diversidade, aceitação de críticas, reflexão, comunicação e a escrita, essenciais no contexto de cuidado e no ensino.

O pensamento crítico apresenta estreita relação com o processo de enfermagem, já que este é visto como uma ferramenta para o pensamento crítico. Segundo Alfaró-LeFevre (2000), um processo de enfermagem linear, seguido rotineiramente, como usualmente é empregado pelos iniciantes, não utiliza o pensamento crítico. Eles precisam seguir os passos de forma mais rígida, pois sua inexperiência propicia mais chances de cometer erros ao desconsiderar uma das etapas. Por outro lado, um pensador crítico tem condições de realizar um processo de enfermagem mais dinâmico, pois sabe quais passos podem ser pulados ou omitidos de forma segura.

Nesse mesmo sentido, Carvalho e Jesus (1997) mencionam que o pensamento crítico ou raciocínio crítico tem sido considerado uma habilidade imprescindível para o desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem, como também parte do processo diagnóstico, posição que compartilho.

Além do pensamento crítico, também a tomada de decisões está relacionada aos diagnósticos de enfermagem e intervenções e, segundo Hamers, Abu-Saad e Halfens (1994), isso fica evidente quando as enfermeiras fazem diferentes julgamentos diante de uma situação específica. Na revisão da literatura acerca do que já é conhecido sobre a tomada de decisão em enfermagem, vários autores revelam não haver consenso sobre a utilização dessa terminologia.

As referências que enfocam como as decisões são tomadas baseiam-se, principalmente, no modelo de processamento da informação (HAMERS, ABU-SAAD e HALFENS, 1994; CARVALHO e RUFFINO, 1998; TAYLOR, 2000).

O modelo de processamento de informação considera o homem como um processador, cuja atividade fundamental é receber informação, elaborá-la e agir de acordo com ela. Isso significa que todo ser humano é um ativo processador de sua experiência mediante um complexo sistema no qual a informação é recebida, transformada, acumulada, recuperada e utilizada. Supõe que o organismo não responde diretamente ao mundo real, mas à própria e mediada representação subjetiva do mesmo, que seleciona, transforma, podendo inclusive distorcer o caráter dos estímulos recebidos (GIMENO SACRISTÁN e PÉREZ GÓMEZ, 1998).

Esse enfoque considera o modelo de aprendizagem mediacional, no qual os elementos mais importantes são as instâncias internas (estruturais e funcionais) que medeiam o estímulo e a resposta. Os elementos estruturais são três: o registro sensitivo/sensorial que recebe informação interna e externa; a memória de curto prazo, que oferece breves armazenamentos da informação selecionada; e a memória de longo prazo, que organiza e conserva disponível a informação por períodos mais longos.

As quatro categorias de processamento da informação são: atenção, codificação, armazenamento e recuperação. O processo da informação começa com os *processos de seleção* de estímulos que acontecem no registro sensitivo em virtude dos mecanismos de atenção. Uma vez selecionada a informação, codifica-se e armazena-se por breves períodos de tempo na memória de curto prazo. A retenção e a recuperação são dois programas de controle que determinam o processamento da informação na memória de longo prazo (GIMENO SACRISTÁN e PÉREZ GÓMEZ, 1998).

De acordo com Elstein et al. citados por Hamers, Abu-Saad e Halfens (1994) quatro componentes ou estágios do processo de raciocínio são caracterizados no modelo de processamento da informação: a aquisição de pistas, a geração de hipóteses, a interpretação das pistas e a avaliação das hipóteses.

No modelo de processamento da informação, o estabelecimento de um diagnóstico prevê as seguintes etapas: a) o diagnosticador encontra-se com o paciente, obtém informações clínicas e conhece as evidências e características do paciente; b) infere relações entre algumas evidências e agrupa tais evidências; c) pensa em uma hipótese diagnóstica que explique o agrupamento (geração de hipóteses); d) busca informações para confirmar ou descartar as hipóteses diagnósticas consideradas (a hipótese é aceita ou rejeitada em função de sua

congruência com os dados adicionais coletados); e) novas hipóteses podem ser geradas; f) finaliza-se o grau de incerteza sobre os diagnósticos e se opta pelo mais pertinente à situação (CARVALHO e JESUS, 1997).

Os fenômenos mais amplamente ressaltados talvez sejam os que se referem à organização e significação do material armazenado na memória de longo prazo, que implica assimilação significativa. Nesse sentido, pode-se afirmar que a memória é construtiva, abstrata e baseada em significados.

O processo de informação recupera a noção de mente, reintegra a informação subjetiva como um dado útil para a investigação e privilegia o estudo da memória ativa para explicar a elaboração da informação e da atividade humana.

Há, também, estudos que enfocam como as decisões deveriam ser tomadas. Eles apóiam-se fundamentalmente em teorias decisórias sofisticadas (HAMERS, ABU-SAAD e HALFENS, 1994; CARVALHO e RUFFINO, 1998; TAYLOR, 2000).

De acordo com Grant, citado por Taylor (2000), a teoria de decisão é tipicamente direcionada para a identificação do pensamento clínico em enfermagem, considerando o processo como uma série de formulações que implicam decisões. Exemplificando, são decisões sobre o que deve ser observado no paciente, sobre o significado dos dados observados (inferências clínicas) e decisões acerca da seleção de ações a serem implementadas em benefício do paciente.

A teoria de decisão tem sido aplicada em julgamentos clínicos, visando, primeiramente, identificar como um indivíduo tomaria uma decisão. Esta abordagem prescritiva, segundo Tanner, tenta descrever matematicamente como um indivíduo deveria pesar as pistas encontradas para formular um diagnóstico, ou escolher uma ação na qual tivesse o maior grau de probabilidade de alcançar o melhor resultado (TAYLOR, 2000).

Tanto o modelo de processamento da informação quanto o de teorias decisórias apresentam limitações. Muitas vezes as opções de tratamento em enfermagem não são excludentes, mas devem ser empregadas de forma conjunta. Assim sendo, alguns autores já mencionaram a necessidade de aprofundamento de ambas as teorias a fim de minimizar os riscos de erros e elevar a competência dos profissionais e alunos que diagnosticam (CARVALHO e RUFFINO, 1998; TAYLOR, 2000).

A literatura oferece algumas opções de caminho para o pensamento na formulação do diagnóstico de enfermagem. Diferentes grupos de pesquisadores apresentam etapas variadas para o processo diagnóstico que, em semelhança ao raciocínio utilizado pelo médico, é analítico, inferencial, indutivo e caracteriza-se por gerar hipóteses. Passo a apresentar as fases descritas por Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey, Risner, Gordon e Doenges et al., disponíveis na literatura de enfermagem.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) afirmam que o processo diagnóstico é uma função intelectual complexa que compreende quatro passos: o processamento dos dados, a formulação da declaração do diagnóstico de enfermagem, a validação e a documentação. O processamento dos dados coletados inclui a classificação dos dados, interpretação e confirmação. A classificação envolve o agrupamento das informações coletadas em categorias específicas, de acordo com um modelo teórico. Na interpretação, os dados categorizados são comparados com padrões ou normas existentes, reconhecidos padrões ou tendências e realizadas inferências a partir de uma situação. A inferência consiste no ato de conferir um significado a uma indicação, ou seja, a um sinal ou sintoma.

Para a realização de qualquer avaliação, é mister uma abrangente e ao mesmo tempo focalizada coleta de dados que possibilite a realização de inferências e julgamentos com a menor chance de erros. Desta forma, é imprescindível a utilização de instrumentos que contenham dados essenciais que caracterizem o objeto que se quer avaliar.

Uma das formas de realizar julgamentos mais precisos é basear-se numa coleção de indicações, e não apenas em um componente de informação sobre o indivíduo, família ou comunidade, obtido durante uma única coleta de dados.

A confirmação do diagnóstico de enfermagem identificado, seja com o próprio paciente, com familiares, com algum membro da equipe de saúde seja através de consulta à bibliografia, contribui para minimizar a possibilidade de erro no julgamento clínico.

Risner (1990, p.133) afirma que “o processo diagnóstico é um processo complexo de tomada de decisão que requer habilidades cognitivas e intuitivas, experiência e uma base de conhecimento científico”. A sua proposta compreende duas fases. A primeira delas engloba a análise e a síntese dos dados coletados, e na segunda fase é estabelecido o enunciado deste diagnóstico a partir de uma taxonomia existente.

Na etapa de análise são categorizados os achados de acordo com o modelo teórico adotado, e observados os dados divergentes ou lacunas. A partir daí é realizada a síntese, ao agrupar os achados em padrões, compará-los com normas/padrões e conceitos encontrados na literatura, ao elaborar inferências ou hipóteses sobre a situação e determinar as causas relacionadas às inferências.

Na fase denominada estabelecimento do diagnóstico, é construído o seu enunciado. No Brasil, conforme citado anteriormente, a taxonomia da NANDA é a mais utilizada. A proposta de processo diagnóstico de Risner tem sido eleita por vários docentes de enfermagem, dentre eles Carvalho e Jesus (1997).

Risner pondera que, nas discussões sobre as habilidades cognitivas e perceptivas envolvidas na análise e na síntese dos dados, devem permear elementos sobre a base de conhecimento empírico e pessoal, intuição, pensamento crítico, tomada de decisão e raciocínio dedutivo e indutivo. Como base de conhecimentos, a autora relaciona anatomia, fisiologia, patologia, psicologia, sociologia, antropologia, epidemiologia, bacteriologia, bem como conhecimento próprio da enfermagem.

Diversos fatores, internos e externos ao profissional, e nem sempre controlados por ele, influenciam o processo diagnóstico. De acordo com Carvalho (1997), a influência do conhecimento que o diagnosticador possui interfere neste processo, especialmente a sua habilidade em reconhecer certas evidências. Outro aspecto importante refere-se à influência das características do diagnosticador. Os atributos pessoais da enfermeira para perceber situações evidentes e sutis, para julgar os dados e pistas como relevantes ou desnecessários, para memorizar o conhecimento de forma organizada, para sintetizar os dados coletados e para conviver com a ambigüidade dos dados são fatores que atingem o resultado diagnóstico. Essas e outras características já foram anteriormente mencionadas quando se abordou o pensamento crítico.

Doenges et al. (1995) propõem seis passos para a atividade de raciocínio diagnóstico. O primeiro deles envolve a coleta de dados e a identificação de pistas (sinais e sintomas) que sugiram um problema ou necessidade que possa ser descrita como um diagnóstico de enfermagem. O passo seguinte é de análise e revisão dos dados com a finalidade de identificar informações relevantes.

O terceiro passo é de síntese, em que os dados são vistos como um todo, ao fornecer um quadro abrangente em relação ao estado de saúde passado, presente e futuro do paciente, e ao gerar hipóteses diagnósticas. O próximo passo é de avaliação ou confirmação das hipóteses, ou seja, são revisados os diagnósticos de enfermagem da NANDA e suas definições, comparadas as possíveis etiologias aos fatores relacionados ou de risco contidos na taxonomia, além de as pistas identificadas no paciente serem contrastadas às características definidoras da NANDA. A comparação dos dados subjetivos e objetivos obtidos do paciente com as características definidoras de um possível diagnóstico de enfermagem auxilia tanto no seu estabelecimento correto quanto enfatiza a importância da objetividade no processo diagnóstico.

O quinto passo consiste na combinação dos diagnósticos aos fatores etiológicos e aos sinais e sintomas, quando presentes, para finalizar o seu enunciado. O último passo, de acordo com Doenges et al., é o momento de reavaliar os diagnósticos identificados, listá-los de acordo com a prioridade e classificá-los segundo o seu estado, isto é, em um problema ou necessidade atual, de risco ou potencial, ou diagnóstico já resolvido que poderia demandar uma ação que minimizasse a possibilidade de recorrência.

O modelo de Gordon (1994) pode ser resumido nas etapas de coleta de dados, interpretação das informações, agrupamento destas informações e sua posterior denominação. Ela alerta que um diagnóstico deve ter um grau de incerteza tolerável para ser afirmado, o que significa trabalhar com a possibilidade de errar, de julgar mal e com o risco de perder o controle sobre aquilo pelo que a enfermeira é responsável.

Em linhas gerais, o raciocínio diagnóstico inicia com a coleta de informações durante a entrevista e o exame físico, na busca de pistas diagnósticas. Estas informações são analisadas, ou seja, são identificados os dados relevantes e agrupadas as pistas (sinais, sintomas e fatores de risco), cuja interpretação consiste na geração de hipóteses. Após as hipóteses diagnósticas terem sido geradas, buscam-se dados para confirmá-las ou refutá-las. A decisão quanto ao(s) melhor(es) diagnóstico(s) baseia-se no conhecimento sobre eles, suas definições e características definidoras. Uma vez definido o diagnóstico, o próximo passo é a identificação da etiologia, que compreende os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais ou espirituais que estejam favorecendo a hipótese aceita (LÓPEZ, 2001; CRUZ, 2002).

Cabe destacar algumas ponderações sobre os possíveis erros no processo diagnóstico, mencionados por Iyer, Taptich, Bernocchi-Losey (1993). A coleta imprecisa ou incorreta dos dados, em virtude de problemas de comunicação ou do instrumento utilizado, pode acarretar distorções no julgamento. Outro tipo de erro consiste na interpretação inexata dos dados, seja pela realização de inferências prematuras advindas de uma única indicação ou observação, seja por permitir que preconceitos e preferências pessoais interfiram na interpretação dos dados. E, por último, as autoras indicam que a falta de conhecimento ou experiência da pessoa que diagnostica pode influenciar na coleta e interpretação das informações obtidas.

Acrescido aos erros no processo diagnóstico, Carpenito (1997, p.31) alerta que “os conceitos nebulosos e imprecisos na literatura aumentam o risco de erros diagnósticos em situações clínicas”. Esta é outra importante questão, já mencionada anteriormente, pois revela diferenças semânticas decorrentes de diversidades culturais.

Ainda com relação aos princípios que fundamentam o raciocínio diagnóstico, Alfaro-LeFevre (2000) alerta para a importância de se manter a mente aberta, evitando visualizar a situação de uma perspectiva estreita, ou seja, a tendência de ser fortemente influenciado por experiências ocorridas no passado ou por informações fornecidas por outras pessoas e não confirmadas.

O diagnóstico deve ser baseado em evidências, em indicações. Embora a intuição seja um elemento valioso na qualificação avaliativa, um diagnóstico não pode ser baseado apenas na intuição. Se a intuição mostra que algo está errado, é importante respeitar este sentimento e observá-lo mais atentamente ou solicitar auxílio de alguém melhor preparado ou mais experiente. É importante buscar evidências para confirmar a intuição, aumentando a frequência ou a intensidade da investigação. Esta habilidade é difícil de ser ensinada e nem sempre é apresentada por todas as enfermeiras.

No estudo de Crow e Spicer (1995), em que são exploradas as formas nas quais enfermeiras comunitárias e hospitalares categorizaram 35 condições médicas, a habilidade cognitiva referida como intuição poderia ser entendida como uma forma na qual o conhecimento clínico pode ser organizado na memória.

A aparente habilidade para resolver problemas quase inconscientemente, usando a intuição, é considerada como o resultado de um processo de categorização adquirida na prática clínica.

Na obra de Guerreiro (1999), são mencionados dois tipos de intuição, a intuição intelectual e a intuição sensível. Ele refere que alguns filósofos medievais questionaram o princípio de que nada está no intelecto que já não estivesse presente nos sentidos, a não ser o próprio intelecto. Outros não fizeram distinção entre as duas definições, já que ambas têm em comum a noção de uma relação direta com o objeto, sem intermediação, isenta de influências do ambiente ou de qualquer interpretação. A intuição tem algo em comum com a “familiaridade” denominada por Russel. Essas ponderações parecem corroborar a importância da intuição em um julgamento.

À medida que a enfermeira se torna mais experiente na utilização do processo diagnóstico, aumenta a sua habilidade para antecipar, identificar e interpretar reações específicas do paciente. Esta é considerada uma das competências da enfermeira.

Diversas pesquisas demonstram a diferença de raciocínio diagnóstico entre estudantes de enfermagem iniciantes no julgamento clínico e aquelas consideradas avançadas. Dentre elas, destaco a pesquisa de Jesus (2000), que utilizou estudos de caso simulados por instrumento computadorizado para analisar as estratégias de raciocínio diagnóstico de estudantes (novatos e avançados) e de enfermeiros. O tipo de raciocínio utilizado diferiu nos três grupos, indicando que os enfermeiros utilizam predominantemente o raciocínio para frente, ou seja, dirigido para as hipóteses (*forward reasoning*), enquanto o raciocínio dos estudantes novatos e avançados utiliza fundamentalmente o método da exaustão (*backward reasoning*).

O raciocínio “para frente” está alicerçado no domínio do conhecimento, existindo a possibilidade de erro na sua ausência. As hipóteses diagnósticas são geradas muito cedo e avaliadas a partir de dados complementares. Por sua vez, o raciocínio “para trás” (*backward reasoning*) é caracterizado pela coleta de dados disponíveis, buscando identificar aqueles que possuem relação entre si, que dêem suporte a uma inferência clínica. As relações são justificadas e o diagnóstico é elaborado ao final. Este é tipicamente o raciocínio de principiantes, que interpretam as informações segundo as descrições contidas nos livros, falhando quando dados complementares requerem alterações na sua interpretação.

Segundo Carvalho e Ruffino (1998), vários autores consideram o método de exaustão, ou de raciocínio “para trás” como a estratégia mais correta para realizar um diagnóstico. Ele é basicamente utilizado por estudantes novatos, sendo abandonado na medida em que o estudante ou profissional adquire experiência.

Neste sentido, o raciocínio heurístico⁶ é uma importante ferramenta cognitiva, pois consiste em associações rápidas entre os sinais e sintomas identificados no indivíduo e as explicações potenciais. As heurísticas são fundamentais para diminuir a necessidade de realizar muitos questionamentos e tornar prática e eficiente a análise e a síntese dos dados, uma vez que elas ocorrem mediante associação entre o conceito inicial formulado e os conceitos que o diagnosticador possui na memória de longo prazo. A base de conhecimento e a complexidade da situação diagnosticada afetam o raciocínio heurístico (O'NEILL, 1995; RÉA-NETO, 1999).

Embora os resultados da pesquisa de Jesus (2000) tenham apontado a existência de diferenças entre as estratégias de raciocínio diagnóstico empregadas por enfermeiros e estudantes de enfermagem, não houve modificação fundamental da acurácia diagnóstica. Isso se deve, possivelmente, ao fato de que os profissionais encontram-se em processo de aprendizado de uma nova forma de exprimir seus julgamentos.

Nomear e documentar de forma acurada os resultados do pensamento crítico da enfermeira ajuda outros cuidadores a conhecer as necessidades do paciente e como o plano de cuidados auxiliará a atender a essas necessidades, favorecendo a compreensão interdisciplinar (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2002).

Passo, a seguir, a discorrer sobre as normas propostas para a denominação do diagnóstico de enfermagem que, em realidade, é o resultado do processo diagnóstico.

1.2 DENOMINAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

O enunciado de um diagnóstico de enfermagem, segundo a Taxonomia da NANDA, apresenta uma estrutura que compreende diferentes componentes, de acordo com o tipo de situação identificada no cliente. Carpenito (1997) apresenta cinco tipos de diagnósticos de enfermagem, os atuais ou vigentes, de risco, possíveis, de bem-estar e síndromes.

Os diagnósticos de enfermagem são *atuais* quando os dados coletados junto à pessoa permitem evidenciar sinais e sintomas. A sua estrutura compreende três partes. A primeira

⁶ Segundo Ferreira (1986, p.891) heurística é um “conjunto de regras e métodos que conduzem à descoberta, à invenção e à resolução de problemas”.

delas é o *título*, que se refere ao nome dado à resposta do cliente ao seu problema de saúde ou processo de vida, constituindo uma descrição concisa do problema. A segunda parte compreende o *fator relacionado*, ou seja, a etiologia do problema, que corresponde aos fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais ou espirituais que estejam causando a reação vista no cliente ou contribuindo para ela. A terceira parte do enunciado é composta pelas *características definidoras*, que consistem em um agrupamento de sinais e sintomas frequentemente associados com o diagnóstico, permitindo uma melhor discriminação entre as respostas do cliente. Para unir o título ao fator relacionado, convencionou-se o uso do termo *relacionado a*, e para unir este fator às características definidoras emprega-se o termo *evidenciado por* (CARPENITO, 1997; CARPENITO, 1998; COLLIER, MCCASH e BARTRAM, 1996; ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Os diagnósticos *de risco* e os *possíveis* possuem apenas duas partes no seu enunciado. São considerados de risco quando o problema ainda não se estabeleceu, embora o indivíduo esteja vulnerável para tal. Neste caso, o enunciado possui apenas o título e o fator relacionado, que será o fator de risco, já que os sinais e sintomas ainda não estão presentes. Os possíveis diagnósticos de enfermagem descrevem um problema suspeito e para o qual são necessários dados adicionais a serem confirmados ou descartados (CARPENITO, 1997, ALFARO-LEFEVRE, 2000).

Os diagnósticos de enfermagem *possíveis* têm uma especial importância para a enfermagem, pois criam um espaço àquelas situações em que não se consegue o grau de certeza necessário para afirmá-los. Entretanto, ao perceber ou obter dados indicativos, colocados na forma de um diagnóstico possível, estes podem oferecer informações para que outras enfermeiras dêem continuidade à coleta de dados com o intuito de confirmar ou refutar o diagnóstico sob dúvida.

Com o enunciado em uma única parte, encontramos os diagnósticos de *saúde* ou *bem-estar* e as *síndromes*. Aqueles se baseiam no reconhecimento de uma pessoa com um nível específico de saúde que deseja atingir um nível mais elevado de funcionamento numa determinada área. As síndromes, por sua vez, estão associadas a um grupo de outros diagnósticos.

As intervenções são direcionadas aos fatores relacionados (etiologia do problema) e ao título dos diagnósticos, tornando-as individualizadas, pois os cuidados sofrem interferência de

fatores como idade, raça, cultura, bem como experiências prévias, dando um caráter peculiar às situações (FARO, 1995).

A organização dos diagnósticos de enfermagem como estrutura taxonômica tem sofrido alterações ao longo dos anos. O primeiro esforço de classificação, iniciado em 1973, deu origem a uma listagem em ordem alfabética. À medida que o número de diagnósticos crescia, foi observada a necessidade de nova organização que facilitasse o seu uso. A Taxonomia I da NANDA, aprovada em 1986, foi o resultado de uma construção coletiva, cuja estrutura conceptual baseava-se em nove padrões denominados *Padrões de Respostas Humanas*, que são: trocar (dar e receber), conhecer (atribuir significado às informações), sentir (consciência subjetiva das informações), comunicar (enviar mensagens), relacionar (estabelecer vínculos), valorar (atribuir valor relativo), escolher (selecionar alternativas), mover (atividade) e perceber (receber informações) (FARIAS et al., 1990; CRUZ, 1995; CARPENITO, 1997).

A taxonomia manteve-se a mesma por 16 anos com diagnósticos sendo acrescentados a cada conferência bienal. Após a conferência de 1994, o Comitê da Taxonomia apresentou dificuldade em categorizar alguns diagnósticos recém aprovados, sentindo que uma nova estrutura taxonômica poderia ser viável. Em 2000 a Taxonomia II foi apresentada aos membros da NANDA, tornando-se oficial. Embora muitos termos pareçam os mesmos, há diferenças na sua estrutura e na tipologia dos Padrões Funcionais de Saúde, tornando a estrutura conceitual menos abstrata. Ela passa a ser um sistema multiaxial, dispondo os 155 diagnósticos de enfermagem já aprovados em 13 domínios e 46 classes. Esta nova estrutura possibilitará a ligação da NANDA com os sistemas de classificação de intervenções NIC e de resultados NOC (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2002; GORDON, 2002).

Na conferência bienal ocorrida em abril de 2002, na cidade de Chicago - Illinois, da qual participei, foi demonstrado esse trabalho colaborativo entre as três classificações registrando a NNN Alliance, ou seja, a aliança entre NANDA, NIC e NOC.

Em virtude de a Taxonomia II ser bastante recente, a estrutura contida na expressiva maioria dos livros, utilizada no ensino e na prática de enfermagem ainda é a Taxonomia I. A despeito de os Padrões de Respostas Humanas serem a estrutura conceptual oficial desta primeira taxonomia da NANDA, duas colegas de Santa Catarina propuseram a utilização dos mesmos diagnósticos de enfermagem reorganizados em outra estrutura teórica, mais familiar

às enfermeiras brasileiras, as Necessidades Humanas Básicas de Horta (BENEDET e BUB, 1998). O referencial das Necessidades Humanas Básicas, inclusive, apresenta semelhanças com a estrutura da Taxonomia II. O modelo teórico de Benedet e Bub foi adotado no hospital universitário envolvido na presente investigação.

O uso da taxonomia da NANDA tem possibilitado uniformizar a denominação do produto, mas deve ser ensinada em momento posterior ao ensino do processo cognitivo e perceptual do diagnóstico, a fim de favorecer o desenvolvimento de competências dos alunos.

1.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENSINO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Corroborando o pensamento de Cruz (1995), considero que a introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino é uma exigência que a própria evolução do conhecimento de enfermagem impõe, em razão de constituir um movimento emergente na profissão, merecendo atenção cuidadosa.

Há mais de uma década são realizadas pesquisas que evidenciam necessidades educacionais acerca dos diagnósticos de enfermagem. Thomas e Newsome (1992) relatam estudos os quais constataram que as enfermeiras sentem-se mais confiantes na coleta e na identificação de dados junto aos pacientes, e menos seguras em distinguir entre diagnósticos médicos e diagnósticos de enfermagem, em determinar as partes de um enunciado diagnóstico, e em utilizar corretamente a terminologia diagnóstica. Em outro estudo, com estudantes de enfermagem, foram identificadas quatro áreas de dificuldades diagnósticas: problemas com os dados, o enunciado diagnóstico, a etiologia, e o processo mental. Esses achados parecem ser ainda atuais no nosso meio.

Em contrapartida, há relatos de experiências frutíferas no ensino brasileiro. Carvalho (1997) destaca positivamente a adoção do modelo de raciocínio clínico de Risner. Os passos do processo diagnóstico e o estabelecimento do enunciado (produto), com destaque ao exercício de agrupamento dos dados, geração de hipóteses e justificativa das relações entre causa e hipóteses são apresentados aos alunos. Além disso, a deliberação de uma abordagem eclética do paciente, em que a coleta de dados focalizava tanto os aspectos biofisiológicos, como os psicológicos, socioculturais e espirituais, constituiu outro fator favorável ao ensino dos diagnósticos. A unificação dessa conduta, segundo a autora, constitui o desafio atual da

disciplina, pois significa “reolhar um corpo de conhecimento já consolidado na enfermagem oriundo do modelo médico” (p.66).

Embora o engajamento de enfermeiras brasileiras na classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA date de 1986, e o envolvimento de docentes oriundos de diferentes regiões do país seja notoriamente progressivo, ao relatarmos suas experiências no ensino, na assistência, na pesquisa e na extensão universitária ao longo dos seis SINADEN (Simpósio Nacional sobre Diagnóstico de Enfermagem), foi possível constatar, durante os debates da sexta edição ocorrida na cidade de São Paulo, em agosto de 2002, que o seu ensino continua se dando por iniciativa individual de certos professores ou de algumas disciplinas nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros.

A introdução do diagnóstico de enfermagem no currículo acontece em diferentes semestres e disciplinas dos cursos. Alguns iniciam mais precocemente, nas disciplinas de Introdução à Enfermagem (LINHARES, LEAL e PONTES, 2000), e de Semiologia e Semiotécnica, enquanto outros o inserem em disciplinas mais específicas e posteriores no elenco curricular, como na Escola de Enfermagem da UFRGS, na qual sou docente, que inicia o seu ensino na disciplina “Enfermagem no Cuidado ao Adulto I”, localizada no quinto semestre.

Dentre os objetivos da formação do enfermeiro contidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem⁷, aprovadas há cerca de um ano, está a capacidade de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para resolvê-los. Avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, com base em evidências científicas são aspectos relevantes na formação profissional, apontados nas competências e habilidades gerais. Em âmbito específico, está contemplado ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, entre outros.

Defrontamo-nos com alguns desafios quando refletimos sobre nossas metas no ensino dos diagnósticos. Transcrevo alguns desafios apontados por Carvalho (1997), extraídos do texto de Weber ou inseridos pela autora, que me parecem bastante atuais:

⁷ Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação/MEC, publicada no DOU nº 215, de 9 de novembro de 2001.

- desenvolvimento nos estudantes de habilidades de raciocinar criticamente e tomar decisões;
- inclusão precoce do processo cognitivo de diagnosticar na formação educacional;
- inclusão no currículo de diagnósticos de enfermagem de alta incidência (por exemplo, mobilidade física prejudicada, ansiedade) a partir das disciplinas introdutórias;
- validação dos diagnósticos de enfermagem para nossa realidade;
- criação e/ou consolidação de áreas assistenciais, com emprego do Processo de Enfermagem contendo a etapa diagnóstica, como campo prático para o ensino acadêmico;
- desenvolvimento de novas estratégias de ensino do processo diagnóstico (p.66).

Um grande desafio, na minha percepção, recai na pessoa do professor, que tem como atribuição mediar a aprendizagem do aluno. A formação docente é tão importante quanto a formação do aluno. Implica dispor-se a um novo aprendizado, a ser auto-didata, a participar de eventos e desenvolver pesquisas. Implica construir a própria competência e favorecer o desenvolvimento da competência discente.

2 COMPETÊNCIAS E O ENSINO-APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Toda competência profissional é sempre relativa, não há modelo absoluto de competência, pairando no espaço e no tempo (Goldberg, 1974).

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, o elemento nuclear se constitui na integração entre conteúdos teóricos e práticos, competências e habilidades, ou seja, a formação do enfermeiro é centrada no desenvolvimento de competências. Contudo, diferentes noções de competência são encontradas na bibliografia. Ao longo do presente capítulo, tenciono discorrer sobre algumas dessas noções, iniciando com uma visão mais geral e trazendo contribuições de áreas como a sociologia e a psicologia. Examinarei noções de competência encontradas na literatura de enfermagem, defendendo a sua multidimensionalidade no cuidado integralizado ao paciente/família/comunidade. Por último, abordarei a competência pedagógica fundamentando-me especialmente em Perrenoud, destacando as implicações do ofício docente e do discente numa abordagem por competências e delineando algumas relações com o ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.

A noção de competência começou a ser empregada na Europa a partir dos anos 80. É um termo polissêmico, originado das Ciências da Organização, que surge em meio à crise do modelo de organização taylorista/fordista de mundialização da economia, com a crescente competição nos mercados e a decorrente necessidade de qualificar os produtos e flexibilizar os processos de produção e de trabalho. Nesse contexto, e aproveitando a crescente escolarização dos jovens, as empresas passam a utilizar as aquisições individuais da formação

adequando-as às suas necessidades. A aprendizagem é direcionada para a ação e a avaliação das competências, embasadas nos resultados observáveis. Deste modo, o modelo de competência vem substituir o de qualificação (ROPÉ e TANGUY, 1997; DELUIZ, 2001).

Em seu artigo sobre as noções de formação, qualificação e competência, Desaulniers salienta que os três termos possuem vários elementos de articulação entre si, mas adverte quanto à inadequação de serem utilizados como sinônimos, já que possuem especificidades. Tanto qualificação como competência implicam processo de formação, sendo que o primeiro está relacionado ao saber-fazer, enquanto competência designa saber-ser, ou seja, “saber utilizar todos os seus conhecimentos – obtidos através de vários meios e recursos – nas mais diversas situações encontradas em seu posto de trabalho” (1993, p.100).

Tanto a concepção tecnicista de qualificação quanto a do modelo de competência parecem partir da mesma ótica, de um modelo de organização capitalista de trabalho. Contudo, é possível identificar algumas diferenças qualitativas. A primeira parece ser mais restrita, limitada do ponto de vista técnico-científico, já a segunda apresenta maior abrangência, sendo multidimensional, incorporando à perspectiva puramente técnico-operacional (própria da racionalidade técnica) dimensões de ordem subjetiva, psicossocial e cultural.

Os usos feitos da noção de competência têm sido a preocupação de muitos estudiosos, dentre eles Ropé e Tanguy (1997), que coordenaram uma pesquisa junto à equipe de Sociologia da Educação, na Universidade de Paris V. A opacidade semântica do termo, segundo os autores, facilita a sua utilização inflacionada por agentes com interesses diversos em distintos locais. O caráter polimorfo desse termo constituiu o foco de sua investigação, tendo em vista o reconhecimento da sua plasticidade como um elemento das idéias que difunde e da sua força social.

No fim da Idade Média, o termo competência era peculiar à linguagem jurídica, ao designar, segundo o dicionário Littré, “de maneira mais geral a capacidade reconhecida de se pronunciar nesta ou naquela matéria” (ROPÉ e TANGUY, 1997, p.103).

A definição contida no dicionário Larousse Comercial, editado em 1930, destacava como uma das características essenciais da noção de competências a sua inseparabilidade da ação (idem, 1997). Em dicionário mais atual, encontra-se como definição de competência a

1. Faculdade concedida por lei a um funcionário, juiz ou tribunal para apreciar e julgar certos pleitos ou questões, 2. Qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade, 3. Oposição, conflito, luta. (FERREIRA, 1986, p.440).

Percebe-se o termo competência em três sentidos. Como função ou atribuição de um profissional, cuja autonomia implica responsabilidade e poder decisório. Como um atributo distinto positivo de alguém em determinada situação e, ainda, ligado à competitividade, ao esforço para superar obstáculos ou dificuldades.

No texto de Deffune e Depresbiteris (2000, p.59), a competência, em uma profissão é definida como “o conjunto de saberes (conhecimentos), saber-fazer (práticas), saber-ser (atitudes), saber-agir (mobilização de tudo para fazer algo que deve ser feito)”. A presença de apenas uma dessas dimensões não forma a competência.

A maioria dos especialistas das ciências sociais que tem empregado este termo, o faz no plural, referindo-se aos conteúdos específicos de uma organização de trabalho, com sentido similar ao utilizado nos meios profissionais e educacionais. O uso do termo competência pelos psicólogos reflete uma diversidade de significações, às vezes equivalendo a aptidões ou habilidades ou capacidades; ou ainda sem noção própria (ROPÉ e TANGUY, 1997).

O uso da noção de competências está vinculado à idéia de formação. No princípio estava associada à noção de educação, mas tende atualmente a suplantá-la e mesmo englobá-la. Na escola, a noção de competência tem sido aplicada fundamentalmente por meio da avaliação.

Não só na educação, mas também no trabalho, a avaliação de competências compreende um problema real. Como refere Schwartz (1998), seria irresponsabilidade criticar a avaliação das competências no trabalho, que hoje se encontra hipertrofiada no campo das relações profissionais, uma vez que nenhum projeto humano escapa a essa norma.

Segundo Schwartz (1998), a questão das competências não é uma tarefa simples nem circunscrita. Não deve ser encarada como tudo ou nada, talvez insolúvel, mas toda abordagem pode ser, concomitantemente, legítima e útil. O nosso interesse reside no tratamento que os conceitos adquirem na educação, e mais especificamente para a enfermagem.

2.1 COMPETÊNCIA NA ENFERMAGEM

Nos textos de enfermagem, como em outras áreas, inexistem um conceito único para o termo competência. Na década de 80, Benner (1982) definia as enfermeiras competentes como possuindo mais de três anos de prática ou ainda quando pudessem realizar uma tarefa com um resultado desejável no contexto real. Na sua classificação, a enfermeira competente pode progredir para outros níveis de habilidades, como a proficiente e a experta, mas também pode permanecer no nível competente por tempo indefinido.

Kelly-Thomas (1998) utiliza o termo competência apenas como um adjetivo para descrever o profissional clínico que demonstra capacidade para realizar adequadamente habilidades selecionadas.

A definição de competência utilizada no estudo de Nolan (1998) baseia-se na *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, que a apresenta como um desempenho individual em uma situação particular, descrevendo quão bem o indivíduo integra conhecimento, habilidade, atitudes e comportamentos na prestação de cuidado em relação às expectativas.

Para Marx e Morita (2000), enfermeiras paulistas com publicação sobre competências gerenciais na enfermagem, as competências são habilidades técnicas e conhecimento científico que, unidos às características pessoais, diferenciam os profissionais pelo seu alto desempenho. Assim, competência não é tudo aquilo que o funcionário realiza dentro da função, mas sim aquilo que o distingue dos demais.

O estudo de Gillis, Mac Lellan e Perry (1998) fundamenta-se nas competências de uma educação liberal, que consiste de atividades de aprendizagem pertencentes ao currículo, acrescidas de outras experiências de aprendizagem próprias do profissional de enfermagem. As autoras utilizam as seis competências identificadas por Dressel e utilizadas por Bottoms, já validadas na literatura como sendo representativas de um universo de competências, previstas como resultados do ensino de enfermagem de pós-graduação. As competências são conhecimento, comunicação, valores, colaboração, cidadania e integração.

Na Inglaterra, de acordo com o currículo nacional de enfermagem, a competência deveria ser demonstrada através dos resultados da aprendizagem, ou seja, ao evidenciar habilidades de

comunicação, interpessoais, de gerenciamento, crítica, analíticas e de solução de problemas (BRADSHAW, 1997).

Kuehn e Jackson (1997) alegam que tradicionalmente o enfoque da validação de competência tem sido mais direcionado aos componentes educacionais do que aos resultados do paciente. No entendimento das autoras, a avaliação de competências deve tornar-se multidimensional e um processo em evolução direcionado aos objetivos do serviço, em que a determinação das *necessidades e expectativas do paciente* quanto ao cuidado ou resultados alcançados consiste no primeiro passo para a identificação de competências. Os *processos* requeridos para evidenciar as necessidades do paciente, considerados padrões da prática (políticas, protocolos, pesquisas e outros) fornecem orientação à enfermeira. O profissional deve demonstrar competência de acordo com os processos definidos.

As ponderações anteriores deixam transparecer o caráter polissêmico do vocábulo competência, indicando que o mesmo possui distintas dimensões. É possível perceber que na compreensão dos enfermeiros a competência técnica refere-se mais aos procedimentos técnicos, que, segundo Almeida e Rocha (1989) foram a primeira expressão do saber de enfermagem.

A enfermeira tem sido exigida, na sua prática profissional, ser uma diagnosticadora competente. Para Hootman (1996), o sentido aqui empregado se refere à aptidão para completar o processo diagnóstico e utilizar a linguagem diagnóstica de forma apropriada.

A competência clínica na enfermagem, considerada a competência profissional, aparece associada a diferentes habilidades, geralmente cognitivas, psicomotoras e afetivas. No estudo de May et al. (1999), cujo enfoque situa-se na relação entre pensamento crítico e competência clínica, a definição bastante abrangente desta última, para o nível de graduação *baccalaureate*⁸ é a que segue:

um conceito multifacetado que envolve a aplicação de conhecimento; implementação de intervenções psicomotoras; pensamento crítico, analítico, criativo e intuitivo; competência e responsabilidade como membro da profissão de enfermagem; competência e responsabilidade na comunicação verbal e escrita; aplicação de valores éticos, legais, culturais, e profissionais;

⁸ Nível de ensino universitário norte-americano, correspondente ao nosso curso de graduação em enfermagem.

aplicação dos achados de pesquisa à prática clínica; julgamento independente; e tomada de decisão colaborativa (1999, p.103).

Com pensamento semelhante, encontram-se diversos autores do campo da saúde, entre eles Nagelsmith, citado por Segura et al.(1999), cujo conceito de competência profissional extrapola os conhecimentos e as habilidades. São considerados componentes da competência profissional da enfermeira os valores, o pensamento crítico, o julgamento clínico, as atitudes e a integração com as ciências sociais.

Outro enfoque que surge na literatura recente refere-se ao desenvolvimento da competência cultural. Case (1998) afirma que o respeito, a integração e o partilhar de perspectivas são importantes no trabalho efetivo com um grupo diversificado de pessoas. Desta forma, a competência cultural é construída, primeiramente, a partir da conscientização de que há uma perspectiva cultural própria de alguém, acrescida do conhecimento acerca da perspectiva de outra cultura sobre uma mesma questão. A seguir, a pessoa adquire habilidades para trabalhar e se comunicar de forma efetiva com um membro de outra cultura, e proporciona cuidados sensíveis culturalmente de acordo com a situação requerida. É importante que os profissionais tenham consciência de cada cultura em particular, tão bem quanto a cultura dominante presente na população que procura assistência.

Willis (1999) declara que a competência cultural possui muitas questões relacionadas que contribuem histórica e filosoficamente para o esforço de promover tolerância e entendimento entre grupos diversos. O nível de competência é obtido a partir do conhecimento referente às características gerais, aos valores de saúde, às crenças e estilos de vida do outro, do respeito e da incorporação ao cuidado de enfermagem. Baseada em Lynch e Hanson, ela argumenta que a competência cultural se dá de forma progressiva, sendo alcançada quando as interações ocorridas usualmente apresentarem uma combinação de tolerância, inclusão e habilidades de apreciação com as expectativas, valores e crenças da outra pessoa.

Outra importante dimensão de competência nos dias de hoje refere-se às novas tecnologias da informação e da comunicação, presentes tanto no âmbito da saúde quanto da educação, e que, segundo Perrenoud, transformam de modo espetacular a maneira de comunicar, de trabalhar, de decidir e de pensar, pois transpõe um universo documental limitado para outro sem fronteiras delimitadas, o do hipertexto. Para o autor (2000, p.131), “a competência requerida é cada vez menos técnica, sendo sobretudo lógica, didática e

epistemológica”. Não se pode prescindir de uma cultura informática básica e de treinamento para o manuseio de tais instrumentos. Em virtude das modificações que essas tecnologias produzem no modo de viver, de se informar e de pensar, elas influenciarão as situações enfrentadas pelos alunos, demandando mobilização daquilo que aprenderam nas instituições de ensino.

A rapidez com que ocorrem as transformações tecnológicas determina ritmos e dimensões adequadas ao processo ensino-aprendizagem. Como salienta Kenski (1998, p.60), “é preciso que se esteja em permanente estado de aprendizagem e de adaptação ao novo”. Já não é mais necessário o deslocamento físico até as escolas para aprender, pois existem escolas virtuais, além das opções de informação *on-line*, que são inúmeras.

A informática supera a mídia clássica, que se ocupa apenas com a reprodução e difusão das mensagens. Ela possibilita interações na medida em que confere um determinado grau de reação. A multimídia editada em cd-room possibilita algumas interações, porém “oferece menos plasticidade, dinamismo, sensibilidade à evolução do contexto que um hiperdocumento enriquecido e estruturado em tempo real por uma comunidade de autores e leitores em rede” (LÉVY, 1999, p.54).

Em relação à interatividade estar de fato presente na multimídia, Primo (1999) argumenta que muito do que se tem classificado como interativo é de fato reativo, pois interagir significa agir mutua e simultaneamente. O autor pondera que a interação entre o homem e o computador não é um fenômeno de ação-ação, mas sim um processo mecânico e automatizado que se caracteriza como ação-reação. Os softwares, de uma maneira geral, apresentam uma linearidade em que o usuário deve adequar-se aos limites impostos.

Independentemente do tipo de interatividade proporcionado pelos recursos tecnológicos de que se dispõe nas diferentes esferas, a presença da informática na educação, como também na saúde, já é fato consumado. Mais do que um direito é dever de cada professor manter a mente aberta para as repercussões educacionais decorrentes da evolução na área da comunicação e da informação. Paralelo à instrumentalização da comunidade acadêmica para desenvolver competência no âmbito computacional, é fundamental que não se perca de vista a dimensão ética e humanizadora na formação do indivíduo.

Os aspectos éticos que permeiam as relações sociais, educacionais, de trabalho e a pesquisa têm sido apontados na literatura atual com certa ênfase. A dimensão ética de

competência possui fundamental importância, uma vez que a ética diz respeito às bases que norteiam as relações do indivíduo consigo mesmo, e especialmente às relações entre as pessoas.

Alfaro-LeFevre (2000) argumenta sobre a importância do raciocínio ético e do raciocínio moral diante dos cuidados de saúde cada vez mais complexos. Embora sejam usados indiscriminadamente, os dois termos possuem uma tênue diferença. O raciocínio moral refere-se ao julgamento que é feito a partir de valores pessoais do que é certo ou errado. O raciocínio ético, por sua vez, é relativo ao julgamento feito ao aplicarem-se normas decorrentes de estudo formal, com a finalidade de determinar se as ações são justificadas e, conseqüentemente, se são moralmente certas ou erradas.

Santin (1995) vincula a palavra ética a sensibilidade, informando não apresentarem contornos definidos, e virem impregnadas com uma herança histórica milenar. O resgate da sensibilidade aponta a idéia de ética da estética como o ponto mais significativo. A expressão ética da estética foi estabelecida pela compreensão, como capacidade de sentir com o outro, de experienciar emoções com os outros. Na visão do autor, a saúde e a educação tornaram-se objetos preciosos de grandes investimentos ou de descasos criminosos. Mais do que teorias econômicas ou sistemas produtivos, a construção da socialidade requer ingredientes básicos como o calor da subjetividade, do sentimento e da emoção para se pensar numa fusão da ética com a estética.

Além das dimensões anteriormente abordadas, os aspectos espirituais são reconhecidos como indispensáveis no tratamento aos clientes. As docentes e alunas de enfermagem que participaram da pesquisa de Peixoto (2002) manifestaram convicção de que as pessoas com maior força espiritual recuperam-se dos problemas psicofísicos e psicossociais mais rapidamente. Embora a autora aborde o tema com certo reducionismo, ao associar espiritualidade à religiosidade cristã, é possível perceber que os aspectos espirituais, que nos falam do sentido da vida do ser humano e que ressaltam valores de solidariedade, não têm sido foco do cuidado de enfermagem, tampouco do seu ensino.

A despeito dos variados enfoques encontrados na literatura para o termo competência, a multidimensionalidade que ela assume na enfermagem, de acordo com as dimensões aqui apontadas e as quais defendo, possivelmente impeça de reduzir a competência a um rol de

habilidades genéricas, cambiantes, muito ao sabor das necessidades e exigências do capital que se estendem ao espaço da educação e da saúde.

2.2 COMPETÊNCIA PEDAGÓGICA E O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A competência pedagógica tem sido preocupação de estudiosos e pesquisadores nacionais e estrangeiros. Dentre os autores brasileiros, destacam-se os trabalhos de Guiomar Namó de Mello, ao tratar das dimensões “técnica” e “política” da competência profissional; Pedro Demo, ao focar a competência “formal” e “política”, além da construção da competência; e Terezinha Azerêdo Rios, cujo interesse converge para a “dimensão ética da competência do educador”, ao defender a ética como mediadora entre o técnico e o político (RIBAS, 2000).

Vários autores estrangeiros têm abordado o tema. Nos últimos anos, têm ganhado evidência os estudos de Philippe Perrenoud, um sociólogo suíço que busca aliar a competência pedagógica a novas formas de tratar as práticas pedagógicas, a formação de professores, assim como a profissão docente. Antônio Nóvoa, ao estudar a formação e a profissão docente, vislumbra a inseparabilidade do *eu* pessoal ao *eu* profissional, tendo em vista que valores, ideais e afetividade fazem parte da profissão. Ao refletir acerca da profissão-professor, seu desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, mostra a relação entre estes elementos, direcionando para mudanças (idem, 2000).

Dando prosseguimento ao seu compilado sobre competência educacional, Ribas menciona Kenneth Zeichner e seus estudos sobre a prática reflexiva do professor, o qual fundamentou-se nas idéias de Schön acerca das situações enfrentadas em sala de aula.

A reflexão consiste num processo que acontece antes e depois da ação e, em certa medida, durante a ação. A este evento Schön denominou *reflexão na ação e sobre a ação*. Assim, o professor reflexivo é aquele que examina o ensino que realiza antes, durante e após a prática pedagógica, com vistas a uma nova preparação. Dewey (1933), precursor de uma pedagogia reflexiva, já postulava que a abertura de espírito, a responsabilidade e o entusiasmo são atitudes necessárias para a ação reflexiva. Ele reforça ser necessário um equilíbrio entre a reflexão e a rotina, entre o ato e o pensamento, entre a arrogância que rejeita cegamente aquilo que normalmente é aceito como verdadeiro e o servilismo que aceita cegamente esta verdade.

Na perspectiva de Zeichner (1993) sobre a prática do ensino reflexivo, que extrapola as ponderações realizadas por Schön, a atenção do professor está voltada tanto para a sua própria prática quanto para as condições socioeconômico-político e culturais nas quais a mesma se situa.

Retomando as idéias de Perrenoud (1999, p.7), diante dos inúmeros significados que a noção de competência possui, ele a define como sendo “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Assim, ter competência não pode ser entendido apenas como possuir conhecimentos em uma determinada área, mas sim utilizar estes conhecimentos, sejam eles elementares ou complexos, integrando-os e mobilizando-os para poder agir em uma determinada situação.

O posicionamento de Perrenoud está em consonância com os resultados da pesquisa de Cholowski e Chan (1992) sobre o raciocínio diagnóstico de estudantes de enfermagem, ao evidenciar que o conhecimento do conteúdo, por si só, é insuficiente para influenciar na qualidade e na acurácia dos diagnósticos de enfermagem. Embora importante, ele não pode ser utilizado na solução de problemas antes que os estudantes tenham aprendido a elaborar e examinar inter-relações entre uma informação nova e uma já conhecida.

Conhecimentos e competências complementam-se, conjugam-se, pois a construção de uma competência está diretamente ligada ao equilíbrio necessário entre o trabalho isolado dos vários elementos e da integração dos mesmos no momento da operacionalização. A mobilização dos conhecimentos em situações complexas, de modo a definir prioridades, consiste numa das formas de expressar competência.

Exemplificando, a aplicação pura e simples de teorias memorizadas, ao cuidar de um paciente, não confere competência à enfermeira. Cada vez que a situação do paciente se distanciar do esperado, esta profissional precisará fazer relações, interpretações, julgamentos, ou seja, operações mentais complexas para a solução da mesma.

O ensino das etapas do processo de enfermagem, assim como do processo diagnóstico pode ser entendido como um meio de desenvolver competência das futuras enfermeiras, uma vez que engloba um conjunto de esquemas, ou seja, uma competência com certa complexidade, que segundo Perrenoud

envolve esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação, que suportam inferências, antecipações, transposições analógicas, generalizações, apreciação de probabilidades, estabelecimento de um diagnóstico a partir de um conjunto de índices, busca de informações pertinentes, formação de uma decisão, etc. (1999, p.24).

Não apenas o profissional evidencia limitações na complexa tarefa de diagnosticar. Carnevali e Thomas (1993) consideram-na difícil para os alunos, tendo em vista não possuírem um corpo de conhecimentos e por sua reduzida experiência. Eles destacam a importância de propiciar inúmeras e diferenciadas oportunidades para o desenvolvimento desta habilidade.

Um dos meus receios, que é também o de alguns colegas, refere-se à possibilidade de rotinizar de tal forma os passos do processo diagnóstico que se perca a capacidade de crítica, de realizar relações entre situações que não foram feitas anteriormente ou que se desconheciam. Neste sentido Perrenoud (1999) argumenta que a competência, em sua gênese, percorre raciocínios explícitos, decisões conscientes, inferências e hesitações, ensaios e erros. Essa forma de vigorar pode tornar-se gradativamente automatizada, passando a ser compreendida como um esquema complexo, fazendo parte do “inconsciente prático” abordado por Jean Piaget.

A rotinização ou automatização das ações em operações, hábitos e “saber fazer” extrapolam o âmbito dos processos conscientes, porém permanecem suscetíveis de se tornarem novamente conscientes caso ocorram situações imprevistas. O domínio dos procedimentos operatórios alarga o campo das possibilidades, permitindo que o sujeito determine novas metas em um grau superior. Para que funcionamentos cognitivos complexos cheguem ao grau de automatização e rotinização, é mister uma ampla redundância de situações semelhantes. Ser competente é compatível com uma automatização parcial ou total, mas não obrigatório.

Ainda com relação a rotinização, Alfaro-LeFevre (2000) comenta que o fato de o profissional ter experiências repetidas em várias situações clínicas pode tornar o raciocínio diagnóstico quase automático. Entretanto, os princípios básicos e as regras de raciocínio diagnóstico devem estar presentes.

É freqüente a prática pedagógica, como as demais práticas profissionais, ser apontada como a aplicação de modelos, regras e receitas. Entretanto, ela é constituída de “microdecisões” de naturezas diversas, conscientes ou não. Em variadas situações a prática profissional é dirigida por elementos como a perspicácia, a sensibilidade, o “sexto sentido” e a intuição. Esses fatores são mobilizados essencialmente diante de problemas complexos, situações de urgência e de incertezas, em que os modelos disponíveis nem sempre oferecem respostas resolutivas. A condução análoga, distinta ou oposta ao usual, é instituída pelo *habitus*, que possibilita improvisação e rápida tomada de decisões, anteriores à fundamentação racional (RIBAS, 2000).

O conjunto de esquemas denominado *habitus* é, segundo Bourdieu citado por Perrenoud (1999, p.24), definido como um

sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações e torna possível a execução de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver os problemas da mesma forma.

Nesta ótica, não são os saberes que guiam a mobilização de outros saberes, mas aquilo que Perrenoud (1999, 2000, 2002a), fundamentado em Piaget e Bourdieu, denomina esquemas de ação e de pensamento, os quais formam o *habitus* do sujeito.

Ao mesmo tempo em que a competência mobiliza a lembrança das experiências passadas, desvencilha-se delas para sair da repetição, para inventar soluções parcialmente originais, que respondem, na medida do possível, à singularidade da situação presente. Na prática docente, diante da complexidade das situações reais, muitos se sentem despreparados. Cotidianamente o professor tem sido solicitado a decidir na incerteza, a apresentar intuições oportunas e a agir na urgência, o que demanda alterações no seu ofício.

A linguagem das competências tem invadido os programas educacionais, porém muitas vezes não passa de uma roupagem nova para encobrir ora as mais antigas faculdades da mente, ora os conhecimentos eruditos que sempre são ensinados. Desse modo, não basta acrescentar a qualquer conhecimento uma determinada ação (traduzir em forma gráfica, observar, verificar se...) para indicar uma competência (PERRENOUD, 1999).

A preocupação que se deveria ter é com o ritmo acelerado do seu emprego, sem que se tenha domínio do seu conceito, da coerência do todo e da sua aplicação. Não bastam boas idéias sem tê-las experimentado antes, porque, ao implementá-las de forma desajeitada e burocrática, corre-se o risco de levá-las ao fracasso. É preciso desenvolver pesquisas em sala de aula, com observações das práticas de professores e alunos que possibilitem alimentar os programas de formação contínua.

As reformas educacionais que têm sido implementadas em diversos países, embasadas numa pedagogia de competências, demonstram a valorização da subjetividade e do saber tácito do trabalhador, salientando a qualificação real em contraste com a qualificação formal. Assim, a formação do trabalhador passou a presumir o desenvolvimento de conhecimentos em âmbito global, ultrapassando a aquisição de conhecimentos academicamente validados, e construindo saberes a partir de experiências diferenciadas vividas no trabalho, na vida em geral, e até mesmo na escola (RAMOS, 2001a, 2001b).

Trabalhar a abordagem por competências, segundo Perrenoud (1999), implica grande transformação da relação do professor com o saber, do seu modo de “dar aula”, como também de sua identidade e de suas próprias competências profissionais. A meta é primeiramente fazer aprender do que ensinar. Nesta perspectiva, o autor inventariou algumas competências do docente e suas implicações, apresentadas a seguir.

O autor sustenta que o docente *aborde os conhecimentos como recursos a serem mobilizados* e integrados numa determinada situação. Eles são geralmente decisivos para identificar e resolver problemas, para preparar e tomar decisões. Trata-se de decidir nas condições efetivas da ação, por vezes a partir de informações incompletas, com urgência ou estresse, em que os parceiros são pouco cooperativos, as condições pouco favoráveis e em meio de incertezas. Assim, não basta ao professor o pretensão domínio do conteúdo, pois as competências são construídas no exercício de diferentes situações, de complexidade crescente.

Sob esse prisma, a identidade do professor sofre importantes mudanças. Uma delas consiste em não considerar uma relação pragmática com o saber como uma relação menor, ou seja, compreender que os conhecimentos se ancoram, em última análise, na ação. Outra modificação é aceitar a desordem, a incompletude, o aspecto aproximativo dos conhecimentos mobilizados como características inerentes à lógica da ação. Implica não antecipar respostas

às perguntas que ainda não lhe foram feitas, e fundamentar o mínimo necessário, entendendo que a construção de competências ocorrerá de forma desordenada e em resposta a uma real necessidade do aluno.

Abdicar do domínio da organização dos conhecimentos na mente do aluno é outra mudança requerida do professor. Embora investindo tempo e esforços para dominar o conteúdo e organizar a estrutura de suas aulas teóricas, na pedagogia voltada para a formação de competências é o problema, e não o discurso, que organiza os conhecimentos na mente dos alunos. Assim, é mister que o professor adquira uma prática pessoal do uso dos conhecimentos na ação, isto é, participe de pesquisa, de aplicação tecnológica ou experencie os seus conhecimentos.

Trabalhar regularmente por problemas coloca o aluno frente à assimilação de conhecimentos de forma gradativa, aumentando a probabilidade do aprendizado almejado. Esta metodologia de aprendizagem exige do professor inventividade didática para a criação de situações-problema que se aproximem dos problemas reais, que sejam surpreendentes e estimulantes e que mobilizem e direcionem para algum aprendizado específico. Estas situações devem estar em consonância com a idade, o nível dos alunos e as competências que se quer desenvolver. O ofício do professor passa a ser a regulação do processo de aprendizagem, e não a de improvisar aulas (PERRENOUD, 1999, 2000, 2001). Com esse pensamento, Moraes afirma que

a função do educador é criar perturbações, desequilíbrios e, ao mesmo tempo, colocar um certo limite nesse desequilíbrio, propondo situações-problema, desafios a ser vencidos pelos alunos, para que possam construir conhecimento e, portanto, aprender (1997, p.144).

O aprendizado por problemas, desenvolvido em algumas formações profissionais como a medicina e a enfermagem, pressupõe que o aluno identifique e resolva problemas de situações que necessariamente deverão ser contextualizadas, ou seja, inseridas em uma situação que lhes dê sentido, e que propiciarão paulatinamente a assimilação dos conhecimentos e a construção de competências.

Em posição semelhante encontra-se Pozo (1998), ao argumentar que uma das formas mais acessíveis de auxiliar o aluno a aprender a aprender é a *solução de problemas*, pois ao basear-

se em situações abertas e variadas, impõe ao aluno uma atitude ativa na busca de suas próprias respostas.

O ensino da solução de problemas deve ser pensado não com enfoque generalista, no qual os alunos podem aprender modelos gerais para resolver qualquer tipo de problema, mas numa abordagem mais específica, de acordo com os domínios conceituais e de conhecimentos dos problemas a serem resolvidos. Por outro lado, isso não quer dizer que cada área ensinará a solucionar problemas de maneira distinta, desvinculada das demais. Há semelhanças e diferenças no ensino da solução de problemas em distintas áreas, porém a situação em que mais se aproximam diz respeito aos conteúdos *procedimentais*. Pozo (1998) reforça essa posição referindo que, embora a solução de problemas não possa ser desligada dos conteúdos conceituais ou das atitudes, a ênfase da aprendizagem deriva do caráter procedimental.

Em determinadas ocasiões realizamos ações que seriam difíceis de descrever ou definir. Sabemos resolvê-las, mas experimentamos certas limitações na conscientização dos passos seguidos para solucioná-las. Este controle do pensamento não se dá de um momento para o outro, mas exige uma mediação progressiva do professor para auxiliar os alunos a efetuarem uma introspecção, detalhando sobre *o quê* e *o como* de seus processos, a partir de situações ou tarefas que lhes forem apresentadas. Não se esgota no ato de pensar, de relacionar acontecimentos ou idéias, de procurar explicações para os fenômenos e de realizar formulações coerentes e lógicas. Mas é por meio do controle do pensamento que procuramos nos conscientizar do funcionamento da nossa mente, das nossas falhas e do modo como podemos qualificar o nosso pensar, seja ele convergente ou divergente.

O professor realiza a mediação pedagógica ao auxiliar os alunos nas competências do pensar e para tanto questiona, dialoga, ouve-os, criando oportunidades para que expressem seus desejos e pensamentos, e que tragam para a aula suas vivências. O planejamento da aula deve propiciar situações em que o aluno estruture suas idéias, resolva problemas e seja levado a pensar (LIBÂNEO, 1998).

Para que um empreendimento cognitivo seja bem sucedido, parecem ser necessários, além de um conhecimento adequado, a conscientização e o controle suficientes desse conhecimento, entendidos como metacognição. A sua importância reside na capacidade de as pessoas compreenderem e controlarem seus próprios processos de pensamento e como formas de melhorar o raciocínio (STERNBERG, 2000).

A metacognição compreende duas classes de atividades cognitivas, a conscientização do domínio específico do conhecimento sobre o seu próprio processo cognitivo e o domínio de diferentes formas de proceder. Assim, a metacognição implica conhecimento sobre os nossos processos de conhecer, ou seja, de aprender. Auxilia na solução de um problema, ao reconhecer que há um problema a ser resolvido, ao delimitar o problema de forma exata e ao entender como alcançar a solução.

Antonijevic e Chadwick (1983) sugerem que as estratégias cognitivas e a metacognição podem ser elementos fundamentais para o aperfeiçoamento da educação. Como possíveis razões para essa indicação, eles apontam a quantidade de informação disponível que se avoluma a cada dia, impossibilitando que se aprenda tudo, a forma particular e pessoal como cada indivíduo apreende o mundo e os aspectos afetivos envolvidos para que ocorra uma aprendizagem significativa centralizada no aluno. Os motivos assinalados mostram a necessidade de se aprender processos que possibilitem selecionar, entender e refletir sobre a informação, a partir das necessidades e interesses do indivíduo, levando-se em conta aspectos afetivos como o próprio desejo de aprender, os sucessos em aprendizagens anteriores, a visão do princípio do controle, entre outros.

Assim, aprender a aprender, adquirindo as capacidades e habilidades que permitam ao aluno acessar por si próprio os diferentes conhecimentos, parece possuir maior relevância do que simplesmente aprender, já que está associada à aprendizagem significativa. Beltrán salienta a importância da metacognição para a educação, ao afirmar que

o grau maior de aprendizagem significativa é este sentimento ou consciência de aprender. A consciência de nosso próprio pensamento, de seu funcionamento, operatividade e estrutura, é o que nos permite convertê-lo em instrumento para o domínio da cultura; esta capacidade humana de converter nossa própria ação interior em tese é o objetivo primordial da educação e do ensino (1994,p.53).

A estrutura metacognitiva pode ser utilizada com a finalidade de melhorar as habilidades de raciocínio clínico/diagnóstico de estudantes e de profissionais. Pesut e Herman (1992) e Herman, Pesut e Conrad (1994), professores e pesquisadores da Escola de Enfermagem da University of South Carolina, enfatizam que as habilidades metacognitivas têm sido utilizadas

de forma implícita no processo de enfermagem. Tornar o implícito explícito é uma forma de clarear as relações existentes entre as estruturas de referência.

O raciocínio clínico é complexo e requer conhecimento do seu conteúdo e do seu processo, devendo ser introduzido no ensino de forma que os alunos venham a dominar seus aspectos lógicos e criativos. Neste sentido, as habilidades metacognitivas de monitoramento, análise, predição, planejamento, avaliação e revisão fornecem uma estrutura para a autorregulação do pensamento no decorrer do processo de raciocínio clínico.

No modelo proposto por Pesut e Herman (1992), as habilidades metacognitivas de monitoramento e análise são usadas durante a coleta de dados e o agrupamento de pistas. A predição ocorre quando o problema e a etiologia são determinados. As inferências são predições, sendo que tanto o problema quanto a etiologia resultam de um processo de inferência a partir dos dados, gerando ou predizendo hipóteses diagnósticas. As habilidades de planejamento envolvem tanto a determinação dos resultados do paciente quanto a identificação de intervenções adequadas. As últimas habilidades metacognitivas utilizadas são de avaliação e revisão. Segundo os autores, a avaliação consiste em um julgamento clínico acerca da influência que as intervenções de enfermagem tiveram sobre a etiologia e o problema do paciente. As respostas às perguntas formuladas em cada etapa fornecem dados e *feedback* sobre onde, especificamente, deve-se revisar o pensamento, o julgamento ou a ação.

Dando continuidade aos seus estudos, Herman, Pesut e Conard (1994) desenvolveram um instrumento para auditar a qualidade das habilidades no raciocínio clínico. Ele tem sido utilizado como estratégia de ensino para diagnosticadores novatos. Este instrumento auxilia os alunos a utilizarem as habilidades metacognitivas para criticarem os diagnósticos e planos de cuidados elaborados por eles próprios. Este instrumento de auditoria da qualidade do raciocínio diagnóstico implica que os alunos analisem e avaliem as suas potencialidades e dificuldades, e possibilita que o novato reflita sobre ambos, processo e produto do raciocínio clínico, automonitore e auto-avalie suas habilidades em planejar cuidados.

De acordo com Lunney (2001), as enfermeiras que entendem o pensamento, e que são capazes de pensar sobre seus pensamentos para obter acurácia diagnóstica, adquirem uma idéia de como incorporar comportamentos de um diagnosticador na sua prática diária. A metacognição, segundo a autora, é uma ferramenta para o auto-aperfeiçoamento.

Numa abordagem por competências, é previsto *criar ou utilizar outros meios de ensino* demonstrando inventividade didática. A função mediadora do professor é reconhecida, ao utilizar metodologias que despertem no aluno a curiosidade, a criatividade e uma postura crítica como sujeito diante da vida. Partindo das transformações que ocorrem no mundo, é premente aprender a viver com a incerteza.

Isso implica desvincular-se de livros que contém exercícios prontos para aplicação, o que não invalida o uso de materiais didáticos existentes no mercado, desde que utilizados com uma certa independência. Também supõe capacidade do professor para adaptá-los à sua metodologia de ensino, ao refutar as finalidades da sua produção original. A aplicação de softwares didáticos consiste em mais uma importante opção para o desenvolvimento de tarefas intelectuais (MORAES, 1997; PERRENOUD, 1999, 2000, 2001).

Na opinião de Carlson-Catalano (2001), utilizar estratégias de ensino inovadoras para auxiliar os estudantes a tornarem-se diagnosticadores é desafiador para os educadores, mas recompensa. Os docentes tornam-se participantes no processo de aprendizagem, ao compartilhar suas próprias experiências e criar experiências para desenvolver no aluno habilidades diagnósticas. É importante mover-se detrás da mesa e participar de uma autêntica aprendizagem comunitária.

Negociar e conduzir projetos com os alunos implica capacidade de mediação entre os alunos e dos alunos consigo, incentivando o debate. Não se trata de atender de forma irrestrita as solicitações dos alunos, mas de partilhar o poder, de escutar suas sugestões e críticas, lidando adequadamente com as situações.

Adotar um planejamento flexível exige tranqüilidade do professor; capacidade de instaurar vários regimes do saber, como a coexistência de situações-problema com exercícios mais convencionais; grande liberdade com os conteúdos e capacidade de lê-los com espírito crítico, ousando extrair o essencial para não se confundir no emaranhado dos conhecimentos. O ideal, nesse sentido, seria dedicar mais tempo a um número pequeno de situações de maior complexidade do que abordar um número vasto de assuntos explorando-os ligeiramente.

Além disso, *estabelecer um novo contrato didático* distanciando-se de uma pedagogia tradicional, estimula o aluno a engajar-se em um projeto coletivo, a tornar-se um prático reflexivo, e a exercitar a metacognição. Neste novo contrato, a identidade e as competências do professor incluem a capacidade de incentivar e orientar o ensaio experimental do aluno; de

aceitar os erros como fonte fundamental de regulação e de progresso; de valorizar a cooperação entre os alunos nas atividades complexas; de explicitar e de adaptar o contrato didático, ouvindo e considerando as resistências dos alunos; e de engajar-se no trabalho, sem assumir a posição de avaliador, mas nem por isso tornando-se um igual.

Praticar uma avaliação formativa também faz parte do ofício do professor. Uma avaliação por meio da resolução de problemas passa pela observação individualizada de uma prática, em relação a uma tarefa progressivamente de maior complexidade, o que exige tempo e abre caminho para contestação. Em atendimento ao modelo educacional vigente, em que são requeridas avaliações somativas, é importante criar momentos de certificação em situações mais amplas e favorecer a auto-avaliação dos alunos, abrindo mão da avaliação como meio de pressão e de barganha.

Depresbiteris (2001) adverte sobre a necessidade de se observar que a certificação seja um momento educativo, de aprendizagem, e não de desconstrução da auto-estima das pessoas, muitas vezes já tão enfraquecidas por condições diversas.

Não é possível avaliar competências de forma padronizada. Não se deve avaliar fazendo comparações entre os alunos, mas comparando entre a tarefa a realizar, o que o aluno fez e o que faria se fosse mais competente. A observação em situação é completada levando-se em consideração *portfólios*, que consistem em diferentes registros e relatórios sobre o aluno (PERRENOUD, 1999; DEPRESBITERIS, 2001).

A construção do *portfólio*, segundo Depresbiteris (2001), deveria ser efetuada pela própria pessoa no decorrer de sua vida, pois a principal finalidade é servir de suporte para a pessoa avaliar seu trabalho, refletindo sobre ele e aperfeiçoando-o.

Dirigir-se a uma menor compartimentação disciplinar, ao sentir-se responsável pela formação global de cada aluno, também faz parte do ofício do professor. Com o mesmo intuito, se advoga a importância de o professor discutir com seus colegas problemas metodológicos, de relação com a escrita, com o saber, com a pesquisa, permitindo-se ampliar suas concepções e capacitando-se. Perceber e valorizar as transversalidades potenciais nos programas e nas atividades didáticas, bem como trabalhar com projetos ou situações-problema que mobilizam mais de uma disciplina são também prerrogativas de uma abordagem por competências (PERRENOUD, 1999). Em conformidade com essas idéias, Rey (2002) considera factível que as competências, uma vez adquiridas em uma situação ou em

uma gama de situações, possam ser transferidas a outras situações inteiramente diferentes e novas. Para o autor “a nova figura da transversalidade é a capacidade de poder ser transferível” (p.53).

Inspirado no referencial de competências para a formação contínua do ofício de professor, adotado em Genebra no ano de 1996 e do qual participou ativamente, Perrenoud (2000) reagrupou as competências selecionadas em 10 grandes famílias. Nessa obra o autor optou por privilegiar as competências que emergem atualmente e, portanto, aquelas que configuram mais um horizonte do que um conhecimento consolidado. Ele adverte que cada elemento de um referencial de competências pode remeter tanto a práticas antes seletivas e conservadoras, quanto a práticas democráticas e renovadoras, sendo necessário ir além das abstrações para saber-se de que pedagogia se trata.

O inventário das famílias de competências foi apresentado por Perrenoud como uma declaração de intenções. Suprimi uma delas por não se adequar ao ensino superior. As demais são: organizar e dirigir situações de aprendizagem; administrar a progressão das aprendizagens; conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação; envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho; trabalhar em equipe; participar da administração da escola; utilizar novas tecnologias; enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão; e administrar sua própria formação contínua.

A adesão do aluno a uma proposta de ensino que requeira participação ativa e responsável na sua aprendizagem está diretamente vinculada à aceitação e aderência do professor. Num processo norteado pela formação de competências, é esperado maior comprometimento do aluno nas tarefas. Além da presença física e mental efetiva, é requerido um investimento que implique imaginação, perseverança e engenhosidade. É esperada, também, visibilidade dos processos, dos ritmos, dos modos de pensar e agir, diversamente do ensino tradicional, que estimula a mera apresentação de resultados (PERRENOUD, 1999).

A cooperação com o grupo na realização de projetos e de problemas complexos, em que são solicitadas várias habilidades, como na divisão do trabalho e na sua coordenação, é outra modificação requerida no ofício do aluno. É esperada, ainda, a demonstração de afinco na realização de projetos, uma vez que o tempo de investimento é maior se comparado aos exercícios tradicionais, e responsabilidade com terceiros, sejam pessoas às quais o projeto se destina, ou seus colegas de grupo. A abordagem por competências implica solidariedade,

limitando a liberdade do aluno, se contrastada aos exercícios individuais, em que a não-realização dos temas prejudica apenas a ele próprio.

Adotar uma abordagem por competências configura um grande desafio, enquanto a maioria dos professores foi formada por escolas e universidades focalizadas em modelos reprodutores de conhecimentos, e cujos ofícios de professores e alunos estiverem cristalizados na forma tradicional de ensinar e aprender. Demanda conscientização do professor quanto à necessidade de engajar-se em educação continuada para mediar uma aprendizagem mais significativa, mais dinâmica, com maior envolvimento e participação dos alunos, auxiliando-os a aprender a pensar com o intuito de resolver problemas relativos ao complexo mundo do trabalho na área da saúde, e de forma mais abrangente.

Capítulo	Suporte Teórico	Autores referenciados
1 O diagnóstico de enfermagem e seu ensino	<ul style="list-style-type: none"> - Breve histórico da atividade diagnóstica em enfermagem, dos sistemas de classificação e da Taxonomia da NANDA - Processo diagnóstico – sub-processo do Processo de Enfermagem (PE), antecede a denominação do diagnóstico de enfermagem (DE) - Breve revisão de conceitos relacionados ao processo diagnóstico: julgamento clínico, raciocínio diagnóstico, raciocínio clínico - Pensamento crítico – aborda conceituação, características, desenvolvimento no ensino, relação com o PE e o DE - Tomada de decisão – baseada no processamento da informação ou em teorias decisórias - Etapas do processo diagnóstico segundo diferentes autores. Destaque para os possíveis erros no processo diagnóstico. Princípios que fundamentam o DE, a relação da intuição, e a diferença de raciocínio diagnóstico entre estudantes novatos e avançados. - Regras para a denominação do diagnóstico de enfermagem - Considerações sobre o ensino do diagnóstico de enfermagem - dificuldades e necessidades educacionais, relato de experiências positivas. Engajamento crescente de enfermeiras brasileiras, mas o ensino ainda é isolado e descontínuo. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem contemplam o pensamento crítico, a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas. Desafios no ensino dos diagnósticos. 	<p>Farias et al., 1990; Cruz, 2001; Antunes, 2000</p> <p>Hamers, Abu-Saad, Halfens, 1994; Carvalho, Jesus, 1997</p> <p>Cruz, 1995; Carpenito, 1997; Jesus, 2000</p> <p>Facione, Facione, Sanchez, 1994; Kataoka-Yashiro, Saylor, 1994; Waldow, 1995; Goodman, 1997; Lima, Cassiani, 2000; Taylor, 2000; Gimeno Sacristán, Pérez Gómez, 1998</p> <p>Iyer, Taptich, Bernocchi-Losey, 1993; Risner, 1990; Doenges et al., 1995; Gordon, 1994; Carvalho, Jesus, 1997; López, 2001; Cruz, 2002; Guerreiro, 1999</p> <p>Carpenito, 1997; Alfaro-LeFevre, 2000; NANDA, 2002; Benedet, Bub, 1998</p> <p>Thomas, Newson, 1992; Cruz, 1995; Carvalho, 1997</p>

Quadro 1 – Quadro Resumo - Referencial Teórico Norteador

Continuação do quadro 1 – Quadro Resumo - Referencial Teórico Norteador

Capítulo	Suporte Teórico	Autores referenciados
<p>2 Competências e o ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Noções de competência – vinculada à idéia de formação e de ação. Inicialmente associada à noção de educação e avaliação. Noções de formação, qualificação e competência - Competência na enfermagem – apresentadas várias noções demonstrando a multidimensionalidade. Competência clínica ou profissional (valores, pensamento crítico, julgamento clínico, atitudes, integração com as ciências sociais, habilidades cognitivas, psicomotoras, afetivas), competência técnica (primeira expressão do saber na enfermagem), competência cultural (respeito, integração, partilhar perspectivas, combinação de tolerância, inclusão, e habilidades de apreciação com as expectativas, valores e crenças do outro), competências no ensino de enfermagem (conhecimento, comunicação, valores, colaboração, cidadania, integração; habilidades de comunicação, interpessoais, de gerenciamento, crítica, analíticas e de solução de problemas), competência em novas tecnologias da informação e da comunicação (exige abertura e flexibilidade), competência ética (base das relações do indivíduo consigo e com os outros), espiritual (sentido da vida do ser humano) - Competência pedagógica – técnica, política, formal, ética. Prática pedagógica – mediação do professor com ênfase na ação reflexiva e postura crítica - Idéias de Perrenoud – competência envolve mobilizar e integrar conhecimentos para agir eficazmente. Esquemas de ação e de pensamento formam o <i>habitus</i>. - Abordagem por competências implica mudança na identidade e nas competências do professor. A meta primeira é fazer aprender do que ensinar. São apresentadas competências do docente e do discente - Destacado aprendizado por problemas e o desenvolvimento de estratégias metacognitivas no ensino do PE e do DE como meio para desenvolver competência 	<p>Ropé, Tanguy, 1997; Deffune, Depresbiteris, 2001; Schwartz, 1998; Desaulniers, 1993</p> <p>Benner, 1982; Nelly-Thomas, 1998; Notan, 1998; Bradshaw, 1997; Segura et al., 1999; Almeida, Rocha, 1989; May et al., 1999; Gillis, Mac Lellan, Perry, 1998; Case, 1998; Willis, 1999; Kenski, 1998; Lévy, 1999; Primo, 1999; Santin, 1995; Peixoto, 2002</p> <p>Ribas, 2000; Perrenoud, 1999, 2000, 2001; Ramos, 2001; Rios, 2001; Zeichner, 1993; Dewey, 1933; Libâneo, 1998</p> <p>Pozo, 1998; Moraes, 1997; Depresbiteris, 2001; Rey, 2002</p> <p>Sternberg, 2000; Antonijevic, Chadwick, 1983; Pesut, Herman, 1992; Beltrán, 1994</p>

Segunda parte

INVESTIGAÇÃO

3 METODOLOGIA

O capítulo designado Metodologia apresenta os objetivos do estudo, a área temática, o detalhamento do caminho metodológico escolhido e do caminho metodológico percorrido.

3.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

Com base nos pressupostos anteriormente defendidos, no Referencial Teórico Norteador, e nas minhas vivências como enfermeira e educadora, foi formulado como **objetivo geral**:

- Analisar as concepções de discentes e docentes sobre competências e sua relação com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.

A partir deste ponto norteador, foram delineados os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar e contextualizar as concepções que os discentes possuem sobre competências na enfermagem;
- Relacionar as concepções que os discentes possuem sobre competências na enfermagem com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem;
- Identificar e contextualizar as concepções que os docentes possuem sobre competências na enfermagem;

- Relacionar as concepções que os docentes possuem sobre competências na enfermagem com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.

3.2 ÁREA TEMÁTICA

A realização deste estudo baseia-se no seguinte enunciado de Área Temática:

Concepções de discentes e docentes sobre competências e sua relação com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.
--

3.3 CAMINHO METODOLÓGICO ESCOLHIDO

Diante dos objetivos da pesquisa, o caminho metodológico escolhido é o da **pesquisa qualitativa**, pois visa à compreensão do fenômeno a partir da perspectiva das pessoas implicadas. Este estudo é caracterizado como de nível exploratório, descritivo e interpretativo.

A investigação qualitativa propicia aprofundar o entendimento de aspectos emocionais e contextuais, consistindo num processo de descobrimento, mais voltado à interpretação. Tem por finalidade, ainda, gerar uma gama de respostas, formular hipóteses e aumentar a compreensão (DEBUS, 1997).

Bogdan e Bicklen (1994) apontam cinco características dessa metodologia, quais sejam: o ambiente natural constitui a fonte direta de dados, sendo o pesquisador seu instrumento-chave; os dados coletados são essencialmente descritivos; o interesse é maior com o processo do que com seus resultados e produtos; a análise dos dados tende a ser realizada de forma indutiva; e o significado que diferentes pessoas dão às coisas e às suas vidas configuram questões centrais. Os autores advertem, entretanto, que nem sempre todas elas estão presentes nas pesquisas qualitativas.

Ao passo que a flexibilidade é apontada como uma das vantagens da investigação qualitativa, ela também é relacionada a problemas na aplicação e validação da pesquisa. A forma inadequada como tem sido utilizada em alguns estudos merece atenção. Confundir seus

pressupostos com a metodologia quantitativa, ao analisar os dados como se a mesma fosse um estudo quantitativo ou propor a generalização de seus resultados consiste num dos sérios equívocos. Outro aspecto de capital importância refere-se à subjetividade presente em investigações qualitativas, exigindo do pesquisador cercar-se de cuidados extremos no delineamento do estudo, na coleta dos dados e na sua análise (DEBUS, 1997).

Buscando uma metodologia de coleta de dados que permitisse desvendar e aprofundar as concepções que discentes e docentes de enfermagem possuem sobre competências e a sua relação com o ensino do processo diagnóstico, e que minorasse os possíveis entraves na validação dos dados, optei pela utilização de duas técnicas de pesquisa: a **entrevista individual semi-estruturada** e o **grupo focal**, empregadas sequencialmente.

A **entrevista individual** representa um dos instrumentos básicos na coleta de dados de pesquisas qualitativas, possibilitando uma relação de interação face-a-face entre pesquisador e pesquisado. A grande vantagem desta técnica é a captação imediata e corrente da informação desejada, sobre os mais variados tópicos, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações. A entrevista pode ser classificada em três tipos, variando do grau máximo ao mínimo de estruturação. A forma mais adequada parece ser a entrevista semi-estruturada, que se desenrola a partir de um esquema básico, mas com grande flexibilidade. Além do registro das respostas verbais, geralmente gravadas, é fundamental que o entrevistador esteja atento às expressões faciais, gestos, entonações e outras formas de comunicação não-verbal para a compreensão e validação do que foi expresso oralmente. A garantia de sigilo e anonimato em relação ao informante deve ser assegurada (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

A técnica de **grupo focal** eleita para coleta de informações deveu-se a sua grande possibilidade em pensar coletivamente uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas (WESTPHAL et al., 1996), permitindo observar como o conhecimento e as idéias se desenvolvem e operam dentro de um dado contexto cultural. Quando o objetivo da pesquisa é explorar os entendimentos das pessoas, ou suas influências, faz sentido empregar métodos que encorajam ativamente o exame desses processos sociais em ação (KITZINGER, 1994).

O grupo focal é um método de pesquisa qualitativa que tem sua origem e desenvolvimento relacionados ao campo das ciências sociais. Ele foi proposto na década de 50 pelo cientista social Robert Merton e prontamente incorporado por pesquisadores da área de *marketing* que perceberam a conveniência do seu custo relativamente baixo e da rapidez na

obtenção de dados válidos e confiáveis. O emprego desta técnica por investigadores da área da saúde ou de outras áreas do conhecimento acadêmico é mais recente. Em consulta realizada à base de dados MEDLINE, entre os anos de 1966 a 1994, evidencia-se que o contingente de pesquisas que o utilizam na área de saúde é mais consistente após meados de 80, com expressivo aumento na década de 90 (CARLINI-COTRIM, 1996).

Esse reflexo se faz sentir, ainda hoje, em nosso meio acadêmico. Enquanto apenas duas teses de doutorado de docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS utilizaram grupo focal na coleta de dados, sendo originárias da USP e da University of London, no Programa de Pós-Graduação em Educação da PUCRS este método ainda não foi empregado.

O grupo focal pode ser utilizado como técnica única ou combinado com outras abordagens qualitativas, tais como observação participante e entrevistas individuais. Além disso, pode subsidiar a fase inicial de projetos quando as informações sobre a temática são ainda escassas, contribuindo na formulação do problema (CARLINI-COTRIM, 1996; DALL'AGNOL e TRENCH, 1999).

O grupo focal é empregado para obter dados sobre sentimentos, opiniões e valores de pequenos grupos de participantes sobre uma área definida de interesse, um dado problema, experiência ou outro fenômeno, num ambiente permissivo e não-constrangedor (MORRISON e PEOPLES, 1999). Pode ser utilizado, ainda, na compreensão de como se formam distintas percepções e atitudes a respeito de um fato, prática, produto e serviços (CARLINI-COTRIM, 1996).

O termo é freqüentemente usado de forma imprecisa, como sinônimo de entrevista grupal. Esta técnica pertence a uma “família” de técnicas que tem em comum o uso de dados baseados no grupo (MORRISON e PEOPLES, 1999). A sua essência reside em apoiar-se na interação entre os seus participantes para colher informações. Segundo Morgan, citado por Carlini-Cotrim (1996), a discussão em grupo é focada em um tópico específico, ou tópicos fornecidos pelo pesquisador, daí a denominação de grupo *focal*. A interação entre os membros é justamente uma das vantagens do grupo focal sobre a entrevista individual (CAREY, 1994).

Dentre as vantagens do grupo foca, Dall’Agnol e Trench destacam

a possibilidade de intensificar o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela intenção de gerar tantas idéias quanto possíveis ou pela averiguação de uma idéia em profundidade. Na medida em que diferentes olhares e diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo colocados pelos sujeitos, desperta nos mesmos a elaboração de certas percepções que ainda se mantinham na condição de latência (1999, p.6).

Para as mesmas autoras, é no processo interativo entre os participantes do grupo que acontece a passagem da condição de latência à de elaboração-expressão. E isto remete ao entendimento dos termos verticalidade e horizontalidade defendidos por Pichón-Rivière. Cada integrante fala a partir da sua própria verticalidade, através de suas vivências. Ao mesmo tempo, é porta-voz do seu grupo de origem, abrangendo a horizontalidade do grupo a que pertence.

Dall’Agnol e Trench (1999) seguem o modelo de Grupo Operativo à luz de Enriquez Pichón Rivière. No presente estudo, busca-se uma aproximação da concepção pichoneana sobre operatividade grupal, porém sem o intuito de seguir o detalhamento do modelo preconizado por seu precursor.

Diante das potencialidades do grupo focal, essa técnica tem sido utilizada por autores de diferentes áreas e com perspectivas diversas, como mostram os exemplos que seguem. Em estudos como os de Clarck (1997) e Frasier et al. (1997) sobre efetividade curricular, eles obtiveram um amplo espectro de *insights* necessários na revisão curricular de um curso de enfermagem e de medicina, respectivamente. Em suas teses de doutorado Dall’Agnol (1999) investigou a avaliação de desempenho em enfermagem que emergiram a partir da vivência de avaliadores e avaliados, ancorando a trajetória metodológica na Teoria das Representações Sociais, enquanto Oliveira (2001) explorou como mulheres adolescentes vêm o risco de contrair AIDS em relações heterossexuais, numa perspectiva feminista pós-estruturalista.

A organização de uma investigação com grupos focais requer uma série de deliberações acerca do seu delineamento e execução, tais como o número de encontros necessários, a qualificação dos participantes, a duração das sessões, a dimensão do grupo e a escolha do local para a sua realização (WESTPHAL et al., 1996; DEBUS, 1997; DALL’AGNOL e TRENCH, 1999).

O número de encontros requeridos está na dependência do universo temático da pesquisa e nas considerações específicas geradas. Os autores anteriormente citados recomendam a

organização de grupos até que a informação obtida deixe de ser nova. Outros critérios a serem observados são: a organização de, no mínimo, dois grupos para cada variável considerada pertinente ao tema estudado, a organização de grupos em cada região geográfica em que se julgue existir uma diferença importante e a organização de grupos suficientes para alternar a ordem dos materiais de comunicação a serem apresentados ao grupo. Este último é especialmente utilizado na área de mercadologia.

A composição do grupo deve contemplar pelo menos um traço comum importante para o estudo proposto, de modo que a escolha dos participantes geralmente é intencional. Debus (1997) destaca algumas variáveis a serem ponderadas na formação do grupo, como a classe social dos participantes, sendo aconselhável que os mesmos possuam níveis sociais semelhantes a fim de evitar inibição dos membros de classe inferior no decorrer dos debates. Dependendo do foco do estudo, outra variável que pode interferir consiste no ciclo temporal em que se encontram os participantes, exemplificando, profissionais recém-formados e profissionais em véspera de aposentadoria. O nível de experiência, a idade, o estado civil, as diferenças culturais e o sexo são outras variáveis que podem interferir no processo investigativo.

Recomenda-se destinar entre 1:30 a 2:00 horas para cada sessão do grupo, não devendo exceder este limite, para não desgastar ou desmotivar os participantes. A sessão deve ser registrada, preferencialmente gravada em áudio ou vídeo, resguardando os aspectos éticos envolvidos.

A dimensão recomendável do grupo se situa entre 6 (seis) e 15 (quinze) participantes. Tradicionalmente, um grupo considerado ideal possui entre 8 (oito) e 10 (dez) integrantes. Entretanto, há uma tendência em reduzir este número para 5 (cinco) a 7 (sete) pessoas, quando se deseja aprofundar reflexões e debates. A dimensão de um grupo depende do propósito do estudo. Em termos gerais, um grupo maior possibilita gerar mais idéias, ao passo que grupos menores favorecem aprofundar a expressão de cada participante (WESTPHAL et al., 1996; DEBUS, 1997; DALL'AGNOL e TRENCH, 1999).

A escolha do local das sessões deve prever um ambiente “neutro” que assegure privacidade. O local deve ser confortável, facilitador dos debates, de fácil acesso e silencioso o suficiente para que as fitas gravadas sejam audíveis. Os participantes devem estar sentados numa configuração de círculo ou oval que propicie interação face-a-face com os demais,

evitando atribuir aos assentos uma conotação de prestígio. Situar-se dentro do campo de visão dos demais estimula a interação entre os membros do grupo e previne conversas paralelas.

De acordo com Morgan, referenciado por Carlini-Cotrim (1996), a parte mais trabalhosa de um estudo que utilize grupo focal é, possivelmente, o seu planejamento e montagem, dependendo do tempo e de recursos financeiros disponíveis. As demandas referem-se ao recrutamento dos participantes, à escolha de um moderador (usualmente o próprio pesquisador) e do observador, aos recursos técnicos para gravação das sessões, local para realização dos encontros grupais, profissionais para transcrição e análise dos dados.

É imprescindível a determinação do grupo social que se deseja estudar previamente ao recrutamento das pessoas. Deve-se evitar alocar em um único grupo pessoas do mesmo círculo imediato de convivência ou que possuam características muito contrastantes. O recrutamento de voluntários pode ocorrer por meio de chamamento telefônico aleatório, com a seleção de participantes adequados mediante um questionário breve; por anúncios na imprensa; através de informantes-chave da comunidade estudada, entre outros. Independentemente da forma de recrutamento instituída, é aconselhável chamar em torno de 20% a mais do número de pessoas necessárias para a composição do grupo focal, no sentido de precaver-se de possíveis ausências que venham a inviabilizar a pesquisa (CARLINI-COTRIM, 1996; MORRISON e PEOPLES, 1999).

A possibilidade de fornecer alguma forma de incentivo aos participantes, como almoço em um restaurante, participação em sorteio, ou mesmo pagamento em dinheiro, pode ser decisiva ao sucesso do recrutamento (CARLINI-COTRIM, 1996; MORRISON e PEOPLES, 1999). Essas práticas, contudo, não são usuais em nosso meio. O alimento, por sua vez, facilita a conversação antes da sessão, auxilia a quebrar o gelo e possibilita que o moderador observe as características dos membros do grupo (CAREY, 1994).

A realização de grupo focal envolve planejamento cuidadoso e flexível, sendo que em cada sessão grupal existem momentos-chave que norteiam o seu desenvolvimento. O momento introdutório visa descontrair os participantes, estabelecer regras básicas da sessão, enfatizando a confidencialidade, e clarificar algumas questões que os participantes tenham sobre o processo grupal.

A primeira sessão deve contemplar, na sua abertura, as boas-vindas, o agradecimento pela participação, a apresentação do(s) pesquisador(es) e informações sobre os objetivos e finalidades da pesquisa, bem como da técnica de pesquisa. É prevista a apresentação dos participantes entre si, como forma de descontração, e o fornecimento de um cartão ou crachá contendo o nome em letras legíveis e em tamanho suficiente para que possa ser lido por todos os participantes. Podem ser distribuídos questionários aos participantes, previamente ao início dos debates, para a coleta de dados demográficos ou outras informações necessárias ao propósito do grupo focal.

Na seqüência, são dados esclarecimentos sobre a dinâmica das discussões. Ocorre o estabelecimento do *setting*, entendido como regras básicas de convivência, que consiste no compromisso de todos os envolvidos, incluindo o compromisso ético bilateral entre pesquisadores e pesquisados. A partir daí iniciam os debates centrados no guia de temas. O moderador realiza a síntese dos momentos anteriores e o encerramento da sessão com o acerto final para o(s) encontro(s) seguinte(s), reafirmando o agradecimento aos participantes (DALL'AGNOL e TRENCH, 1999).

O guia de temas, ou guia de tópicos, fornece uma estrutura de trabalho, possibilitando que a investigação seja mais produtiva. Ele compreende um resumo dos objetivos e das questões a serem tratadas no grupo. A quantidade de detalhes de um guia está na dependência direta da experiência do moderador. O esquema norteador deve ser usado com flexibilidade na condução do grupo, ao propiciar que a discussão ocorra de maneira natural. As perguntas serão utilizadas se a informação não emergir espontaneamente. Perguntas que aprofundem a discussão e que preparem a transição de um tema a outro também precisam ser pensadas.

Habitualmente, um guia de temas sofre pequenas modificações após a realização de cada grupo. Certos aspectos devem ser observados na confecção de um guia, como evitar a quantidade excessiva de questões para não fatigar os participantes. Além disso, incluir muitas questões diferentes pode indicar que a investigação não está suficientemente definida ou evidenciar a necessidade de uma classe distinta de pesquisa. Em relação à seqüência dos tópicos em um guia, eles geralmente vão do geral para o particular. Outro aspecto a ser destacado é a necessidade de elaborar guias de temas diversos para os grupos focais realizados sobre o mesmo assunto que contenham uma composição diferente de participantes (DEBUS, 1997).

Podem ser usados outros estímulos, tais como cartazes, figuras, filmes ou uma estória, de forma sucinta para instigar os debates (CARLINI-COTRIM, 1996). Em alguns estudos, o processo pode iniciar com entrevistas individuais e as informações serem utilizadas para formular o guia de tópicos. (CAREY, 1994).

A coordenação do grupo focal pode ser feita por um coordenador, cujo papel é de moderador, ou por uma equipe de coordenação, que inclui o coordenador e um ou mais observadores. Ao coordenador cabe facilitar os debates mantendo o foco da discussão, fazendo sínteses e retomando o assunto quando alguém se distancia dele. Deve encerrar a sessão resumindo os pontos-chave da discussão e procurando verificá-los com os participantes. É importante não emitir juízos de valor durante a sessão nem assumir uma posição de autoridade diante dos participantes (DALL'AGNOL e TRENCH, 1999). A habilidade de liderança e o estabelecimento de uma atmosfera de confiança são cruciais na implementação de um grupo focal (CAREY, 1994).

O moderador é responsável por propiciar uma discussão natural em que participe minimamente, conduzindo os participantes através dos debates de modo que todos os tópicos do guia sejam cobertos (FRASIER et al., 1997). Entretanto, o pesquisador nunca é passivo. Ao tentar maximizar a interação entre os membros do grupo, pode assumir um estilo mais intervencionista (KITZINGER, 1994).

A interação do grupo determina a riqueza dos debates e requer do moderador o engajamento de todos os participantes. O estilo de moderação depende do propósito da pesquisa. Ela pode ser mais diretiva, ao utilizar um guia de tópicos estruturado e limitando a discussão em torno de objetivos específicos. Por outro lado, a moderação não-diretiva implica flexibilidade, intuição e habilidade do moderador para envolver todos os participantes na discussão. Nesse sentido, é importante desencorajar os tipos dominadores que falam sem parar e estimular os tímidos a manifestarem-se (DALL'AGNOL e TRENCH, 1999; DEBUS, 1997).

A presença do observador é considerada de extrema importância por alguns autores. Ele possui uma função auxiliar, podendo assumir uma observação do tipo participante, ao ajudar o coordenador na condução da sessão. Embora sua atuação não seja tão aparente quanto a do moderador, ele pode intervir visando à obtenção de esclarecimentos que auxiliem na retomada do foco das discussões. No momento final, ele também pode assessorar na síntese do

encontro. É atribuição do observador registrar em um diário de campo as várias formas de expressão (verbal, não-verbal e extraverbal) dos participantes, controlar o tempo da sessão e monitorar o equipamento de gravação. A observação pode, também, ser do tipo não-participante. Nesta, a sua contribuição direciona-se ao apoio logístico, tais como o preparo do ambiente físico, controle da aparelhagem de gravação e as anotações (DALL'AGNOL, 1999; DALL'AGNOL e TRENCH, 1999; DEBUS, 1997).

É recomendável que o coordenador se reúna com o observador entre uma sessão e outra, com a finalidade de realizar um *feedback* sobre o transcorrer do encontro, balizando aspectos positivos e negativos ocorridos e preparando a sessão seguinte.

A presença do observador, contudo, pode ser dispensada em determinadas circunstâncias. Para Frasier et al. (1997), a figura do observador pode ser opcional quando os recursos financeiros ou humanos forem escassos, especialmente se o grupo focal for gravado em áudio. Também em investigações cujo foco envolva a discussão de temas delicados em que a presença de uma pessoa externa possa constranger o grupo, como na pesquisa de Oliveira (2001), a ausência de um observador é a escolha acertada.

Há dois aspectos essenciais quanto aos métodos de moderação, as técnicas de interrogação e os estilos do grupo. As técnicas de interrogação podem ser diretivas ou não-diretivas. Na técnica diretiva as perguntas são dirigidas e limitadas, enquanto as não-diretivas apresentam perguntas abertas que possibilitam aos participantes expressarem suas idéias com maior liberdade. Habitualmente, esta última é a melhor opção na condução dos grupos focais.

Quanto ao estilo do grupo, pode ser estruturado, não-estruturado ou semi-estruturado. No grupo estruturado, o moderador segue um guia de temas contendo questionamentos que contemplem todas as áreas pertinentes aos objetivos da pesquisa, de forma estruturada e direcionada. O estilo não-estruturado, por sua vez, utiliza um guia de temas bastante vago, cabendo aos próprios participantes a evolução dos debates. Este estilo é raramente empregado, sendo que sua aplicação situa-se na etapa de definição do problema de uma investigação, quando o tema é pouco conhecido e ainda não há hipóteses. O estilo mais difundido é o semi-estruturado, em que o moderador trata de todas as questões incluídas no guia de temas, mas propicia uma conversação flexível a partir de vários pontos de vista. De forma a captar tanto as posições similares quanto questões controversas e polêmicas,

perguntas-chave como *o quê?*, *para quê?*, *por quê?* e *como?* são utilizadas pelo moderador (DALL'AGNOL e TRENCH, 1999; DEBUS, 1997).

A análise de dados oriundos de grupos focais é similar, em geral, a outras análises qualitativas, adicionando a dimensão do contexto grupal, uma vez que a interação em grupo acontece em um determinado ambiente social (CAREY, 1994; WESTPHAL et al., 1996). A mesma implica reunir e resumir os diferentes comportamentos observados no decorrer da investigação com vistas à interpretação, indo além dos dados. A princípio, aquilo que não é dito é tão importante quanto o que foi dito. Em virtude do seu caráter subjetivo, são necessárias intuição e perspicácia para interpretá-los. A identificação e o resumo das diferentes posturas que surgem a respeito do tema principal, incluindo a avaliação dos pontos fortes de cada postura, devem ser contempladas na análise. Quem diz algo no grupo e a quantidade do que foi dito acerca de um tema são aspectos bastante eloqüentes (DEBUS, 1997). Além disso, a seqüência das discussões e o envolvimento individual são questões que merecem atenção na análise e interpretação, já que o grupo focal reflete o desenvolvimento da perspectiva do grupo ou a posição entre um cenário particular de pessoas (REED e PAYTON, 1997).

Em síntese, a explanação sobre pesquisa qualitativa, sobre as técnicas de entrevista individual e especialmente de grupos focais eleitas para a presente investigação reflete a minha postura de buscar uma compreensão aprofundada acerca das “concepções de docentes e discentes de enfermagem sobre competências e sua relação com o ensino do diagnóstico de enfermagem” a partir das visões dos participantes implicados, possibilitada pelas interações grupais.

3.4 CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

Após a descrição do caminho metodológico eleito para a presente investigação, passo a discorrer sobre a trajetória percorrida na sua efetivação, incluindo o local em que o estudo foi realizado, os participantes do estudo, os procedimentos para a coleta de informações e a análise implementada aos mesmos.

3.4.1 Local do estudo / considerações sobre a escolha do campo

O estudo tem como campo de pesquisa a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnfUFRGS). A escolha da Instituição para a coleta de dados está relacionada à sua vinculação com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde a recente implantação do diagnóstico de enfermagem informatizado impôs o envolvimento de grande parte do corpo docente e discente, visto ser o hospital onde ocorre a maioria das atividades teórico-práticas de ensino.

Cabe ressaltar que a EEnfUFRGS é a unidade universitária norteadora dos processos de ensino, assistência e pesquisa em enfermagem exercidos no HCPA. Os cargos de Coordenação e Chefias de Serviço de Enfermagem são ocupados por docentes da Escola de Enfermagem, responsáveis pela implantação da filosofia de sistematização da assistência, ou fases do Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem constitui a metodologia da assistência utilizada tanto no ensino de graduação, quanto na prática profissional no HCPA há mais de duas décadas. A introdução da etapa do diagnóstico, até então ausente, visou à reorientação da metodologia de trabalho, ao uniformizar a terminologia e os seus princípios norteadores. Além disso, a informatização do Processo de Enfermagem no hospital vem ao encontro da proposta do Grupo de Enfermagem de incluir todos os seus registros no prontuário eletrônico do paciente.

A implementação do processo diagnóstico como registro do cuidado na enfermagem ocorreu ao longo do ano de 2000, de forma gradativa, abarcando quase a totalidade da instituição, sendo oriunda do Projeto de Pesquisa de Crossetti et al. (1998). As cerca de 340 enfermeiras do hospital receberam orientação por meio de cursos preparatórios na medida em que o diagnóstico de enfermagem era introduzido nas suas unidades. Os instrutores desses cursos foram os membros do Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE), integrado por docentes da EEnfUFRGS, do qual faço parte, e por enfermeiros assistenciais, estes a grande maioria.

A utilização do diagnóstico de enfermagem no curso de graduação da EEnfUFRGS não tem acontecido de forma generalizada, denotando até então um descompasso entre o ensino e o serviço. Embora esta temática integre desde 1995 os conteúdos teórico-práticos da disciplina “Enfermagem no Cuidado ao Adulto I”, do quinto semestre, a sua incorporação tem

ocorrido com muita lentidão entre os próprios professores da disciplina, bem como nas demais disciplinas do currículo.

Diante das inovações efetuadas na metodologia da assistência no HCPA, os docentes estão sendo impelidos a utilizar o diagnóstico de enfermagem no ensino. Para tanto, foi-lhes oferecido o curso de extensão universitária “Fundamentação teórica e prática do diagnóstico de enfermagem”, semelhante aos cursos ministrados aos enfermeiros. O mesmo ocorreu em março de 2001 e contou com a participação de 33 docentes de diferentes áreas do ensino de graduação. A carga horária do curso foi de 16 horas, sendo 8 delas para o desenvolvimento do conteúdo teórico e a realização de exercícios, em que participei como ministrante; e as outras oito horas destinadas ao treinamento em laboratório de informática do hospital, momento em que os docentes foram divididos em pequenos grupos de modo a possibilitar sua interação com o sistema criado.

3.4.2 Participantes do estudo

Tendo por base os objetivos da investigação e os fundamentos das metodologias eleitas para coleta de dados empíricos, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas e dois grupos focais, um com a participação de docentes e outro de discentes da EEnfUFRGS. Os critérios de inclusão dos participantes estão descritos a seguir:

- docentes de enfermagem que realizaram o curso de extensão universitária anteriormente mencionado e orientam discentes de enfermagem em estágio teórico-prático no HCPA, utilizando o diagnóstico de enfermagem em alguma atividade de ensino. Não foram incluídos professores substitutos, já que sua vinculação com a Universidade é por um período limitado;
- discentes de enfermagem que estivessem cursando os dois últimos semestres do curso de graduação em Enfermagem da EEnfUFRGS e realizando atividades de ensino teórico-práticas em unidades do HCPA com a utilização do diagnóstico de enfermagem informatizado. A escolha de discentes em final do curso foi motivada por estarem próximos ao término da sua formação profissional e à inserção no mercado de trabalho, o que pressupõe possuírem melhores condições de apreciar o tema proposto para a investigação.

Mais adiante serão retomados com mais detalhes aspectos relativos ao recrutamento dos participantes e à composição dos grupos focais.

3.4.3 Procedimentos para a coleta de informações

Para melhor esclarecimento do caminho percorrido, passo a descrever as etapas que compreenderam o estudo, desde o primeiro contato com os participantes até o procedimento de análise empreendido às informações, além dos aspectos éticos observados.

1. Recrutamento dos informantes

Os contatos preliminares com os docentes e discentes que atendiam aos critérios estabelecidos iniciaram concomitantemente ao encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS e à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS para apreciação, os quais emitiram parecer favorável.

Ao final do curso de extensão universitária “Fundamentação teórica e prática do diagnóstico de enfermagem”, divulguei aos docentes os objetivos da pesquisa e os procedimentos metodológicos que seriam utilizados para a coleta de informações, convidando-os a participarem da pesquisa. Já no agendamento das inscrições voluntárias, informei sobre as questões éticas e anunciei previamente a autorização por escrito daqueles que efetivamente viessem a participar do processo de investigação. Visando a facilitar contato posterior, distribuí um formulário para o registro do nome, telefones e horários disponíveis (anexo A).

Em relação aos discentes, pensei inicialmente em estabelecer como critério para participação estar cursando o 9º semestre da graduação. O contato com estes alunos para divulgação da pesquisa aconteceu em um encontro da Disciplina de Estágio Curricular, mediante acerto anterior com a professora Regente. As inscrições prévias foram numericamente insuficientes, uma vez que muitos alunos iriam realizar seus estágios fora do HCPA ou dispunham de pouco tempo livre, e não por desinteresse, como eles mesmos justificaram.

Em decorrência desse fato, ampliei os critérios incluindo os alunos do 8º semestre, que se encontravam em atividades teórico-práticas no hospital, na disciplina de Administração em Enfermagem. O contato para divulgação e inscrição preliminar foi realizado direta e

individualmente com os alunos nas unidades de internação em que estavam estagiando, utilizando formulário semelhante ao dos docentes. Eles foram extremamente receptivos à proposta de pesquisa, ocorrendo inscrição voluntária de 27 alunos.

2. Agendamento e realização das entrevistas individuais

No delineamento da investigação, previ para a primeira fase da coleta de informações a realização de entrevistas individuais semi-estruturadas. A partir das listagens de inscrições prévias, e seguindo o ordenamento progressivo, as mesmas foram agendadas em horários da preferência dos entrevistados e nas dependências da EEnfUFRGS. O critério de saturação, próprio da análise qualitativa, subsidiou a definição do número de informantes.

Foram realizadas 8 entrevistas, 4 delas com discentes e 4 com docentes, nos meses de abril e maio de 2001. As entrevistas foram gravadas em áudio e esse momento incluiu a formalização do consentimento livre e informado (anexo B) a cada um dos entrevistados, que, ao concordarem, assinaram duas vias, ficando uma delas em sua posse e a outra retornando à pesquisadora.

Quatro questões norteadoras compuseram o roteiro das entrevistas aos discentes (anexo C) e docentes (anexo D), visando a conhecer e compreender o entendimento dos entrevistados sobre competência e sobre a relação de competência com o ensino de enfermagem e com o diagnóstico de enfermagem. As entrevistas dos docentes tiveram uma duração média de 40 minutos, e dos discentes, 30.

3. Momento de síntese das informações obtidas nas entrevistas

Nesta etapa iniciei a análise das informações obtidas nas entrevistas, a partir da transcrição das fitas realizada por uma auxiliar de pesquisa ou por mim, nos meses de maio e junho de 2001. Realizei Análise de Conteúdo do material transcrito, cujos passos serão detalhados em etapa posterior. Os elementos da mensagem foram classificados em categorias temáticas, que constituíram o material desencadeador das discussões e de aprofundamento nos grupos focais, além de integrarem a análise no seu todo.

Esperava captar, com as entrevistas realizadas, aspectos descritivos que possibilitassem identificar o pensamento cognitivo presente no processo diagnóstico em enfermagem.

Entretanto, as categorias que emergiram evidenciaram enfoques mais amplos, contextuais da temática em estudo, exigindo seu redimensionamento, próprio das pesquisas qualitativas.

4. Constituição dos grupos focais e escolha do observador

Em consonância com a literatura sobre grupo focal, estipulei o módulo de 6 a 12 participantes para cada grupo. Busquei o número máximo, tendo em vista o percentual de 20% de desistência apontado por Carlini-Cotrim (1996).

Para a formação do grupo focal de docentes, houve necessidade de estabelecer novos contatos, observando os critérios da pesquisa, a fim de ampliar a listagem prévia. Isso ocorreu porque alguns docentes não estavam presentes no momento da divulgação da pesquisa ou porque haviam realizado o mesmo curso juntamente com os enfermeiros do hospital, em período anterior ao curso destinado aos docentes.

O grupo focal de docentes foi composto por 10 membros, todos do sexo feminino, pertencentes aos três departamentos da Escola. Cinco docentes são do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC), 3 do Departamento de Assistência e Orientação Profissional (DAOP) e 2 do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI).

Quanto aos anos de docência nesta Universidade, 3 professoras possuem menos de 5 anos, 2 entre 6 a 10 anos, também 2 professoras estão na Escola de Enfermagem entre 11 e 15 anos e 3 acima de 16 anos. Essas docentes utilizam o diagnóstico de enfermagem no ensino, seja em trabalhos teóricos e/ou em estágios práticos no HCPA, em média, há 3 semestres letivos, em disciplinas do currículo a partir do 5º semestre até o 9º semestre do curso de graduação.

O grupo focal de discentes foi constituído por 11 participantes, 9 deles cursando o 8º semestre e apenas 2 alunos no 9º semestre, sendo nove do sexo feminino e dois do sexo masculino.

Formar grupos cujos participantes já se conheçam possui uma vantagem adicional, uma vez que amigos e colegas poderiam relatar aos outros comentários de incidentes atuais compartilhados em suas vidas diárias. Além disso, é útil trabalhar com grupos preexistentes, porque eles provêm de um mesmo contexto social onde as idéias são formadas e as decisões tomadas (KITZINGER, 1994).

Nessa etapa da investigação, em que buscava um observador para os dois grupos focais, ou dois observadores distintos, sendo um para cada grupo, foi-me indicado por uma docente da EEnfUFRGS o nome de uma mestranda de Enfermagem que estava escrevendo um artigo sobre o papel do observador no grupo focal, sob sua orientação. Ao contatá-la, a mesma aceitou o convite para participar de ambos os grupos. Em virtude do seu conhecimento e do interesse em utilizar esta técnica em sua Dissertação de Mestrado, ela integrou os grupos na qualidade de observadora participante.

5. O acontecer dos grupos focais

Os grupos focais ocorreram em momentos distintos, tendo sido realizadas quatro sessões com cada um deles, com intervalo semanal, para coleta das informações. O número de sessões grupais correspondeu ao estabelecido *a priori*, que previa entre 3 e 6 encontros. Um quinto encontro foi realizado, meses após essa etapa, visando à validação dos resultados encontrados.

As sessões do grupo de discentes ocorreram às segundas-feiras, entre os dias 18 de junho e 9 de julho de 2001, antes do término do período letivo. Foram realizadas no horário vespertino, com duração média de 1:35h, em uma sala de aula do 5º andar do HCPA. A sala utilizada no primeiro encontro possuía basculantes contíguas a um corredor externo, por onde passavam os carros da alimentação para a unidade de internação. Tendo em vista que o horário dos encontros coincidia com o jantar dos pacientes, e que os ruídos dificultaram a transcrição da gravação, a partir da segunda sessão, trocou-se de sala, permanecendo no mesmo andar.

O grupo iniciou com 11 participantes, embora eu tivesse contatado 13 alunos. Na segunda sessão, 9 discentes estiveram presentes, apesar da noite fria e chuvosa que fazia. Mas no terceiro e quarto encontros vieram apenas 6 participantes, nem sempre os mesmos. A maioria das ausências foi justificada previamente ou no início da sessão pelos colegas. O término do semestre letivo, com a entrega de trabalhos finais; o início de estágios voluntários nas férias ou o retorno ao horário normal de trabalho após flexibilização no período das aulas, além de doença na família foram as justificativas apresentadas.

As sessões do grupo de docentes foram agendadas para quartas-feiras do mês de agosto de 2001, às 16 horas. Os encontros foram realizados em uma sala de aula da EEnfUFRGS, com duração média de 1:45h. Em decorrência da greve na Universidade, o prédio estava quase vazio e sem ruídos externos, o que favoreceu a presença dos professores e tornou o

ambiente propício aos debates. No primeiro encontro estiveram presentes 9 docentes, pois uma delas precisou ausentar-se antes de iniciar a sessão. No segundo compareceram as 10, no terceiro vieram 8 docentes e na quarta sessão as 10 estavam presentes.

Como pesquisadora, assumi a coordenação do grupo, adotando o estilo semi-estruturado. Utilizei técnica não-diretiva, ou seja, procurei influenciar o mínimo, apresentando perguntas abertas e possibilitando aos participantes expressarem suas concepções. As sessões foram gravadas em áudio, e posteriormente transcritas para proceder à análise.

A observadora participante responsabilizou-se pelo funcionamento do equipamento de gravação, efetuado com dois gravadores concomitantes, para prevenir eventuais problemas que pudessem surgir. Também registrou o nome e o início das falas de cada informante com a finalidade de facilitar sua identificação ao transcrever a fita. Além dessas incumbências, ela auxiliou a moderadora formulando perguntas de esclarecimento e nas sínteses finais da sessão, especialmente no grupo dos discentes. Após a avaliação do primeiro encontro dos discentes, realizada pela equipe coordenadora, as comunicações não verbais e extra verbais passaram a ser anotadas, complementando as transcrições dos grupos focais.

A importância de se explorar tal variedade de comunicação reside no fato de que o conhecimento e as atitudes das pessoas não se resumem a respostas racionais às questões diretamente formuladas. Frequentemente formas de comunicação como piadas, brincadeiras, associação de palavras podem contar muito, senão mais, sobre o que as pessoas conhecem. Nesse sentido, o grupo focal possibilita revelar dimensões de entendimento que frequentemente são inexploradas por técnicas mais convencionais, como a entrevista individual ou questionários (KITZINGER, 1994).

Na primeira sessão de ambos os grupos, foram seguidas as etapas preconizadas por Dall'Agnol e Trench (1999) e/ou por Morrison e Peoples (1999) para os momentos iniciais, como as boas-vindas, os agradecimentos pela participação, a apresentação dos objetivos da pesquisa e da metodologia escolhida, enfatizando que o grupo focal não é um teste de conhecimentos, tampouco visa apenas a informar. Solicitei a anuência para gravação das sessões em áudio, ressaltando os aspectos éticos. Nesse momento distribuí os formulários de Consentimento Livre e Informado para serem assinados em duas vias (anexo E). Explanei sobre a dinâmica das sessões, enfatizando o meu papel como moderadora, que é de facilitar o debate e incitar opiniões divergentes, ressaltando a inexistência de respostas corretas ou

incorretas. Um moderador, portanto, não é um chefe, um juiz ou um professor. Foi oportunizado à observadora que informasse suas atribuições.

Após, realizei uma dinâmica de grupo para descontração utilizando pares de folhas coloridas distribuídas aos docentes, em que cada uma deveria escrever três características da colega que havia escolhido a folha da mesma cor. Após alguns minutos, cada uma apresentou ao grupo suas anotações. Com o grupo de discentes, foram utilizadas pares de balas com a mesma finalidade. Nesse momento foram distribuídos crachás.

Embora os grupos fossem preexistentes, ou seja, formados por professores que trabalham na mesma Escola de Enfermagem, ou por alunos que estudam juntos, houve surpresa ao descobrir como existem pensamentos distintos sobre alguns aspectos. Essa descoberta também foi relatada por Kitzinger (1994) em seu artigo.

No estabelecimento do *setting*, dentre os itens combinados, ficou acordado que o momento ideal para servir chá, cafezinho e bolachas, oferecidos pela pesquisadora, seria no início da sessão. Foi solicitado, ainda, que os telefones celulares fossem desligados, evitando interrupção dos debates.

Após esse momento introdutório, apresentei a categorização das entrevistas individuais que fundamentaram o guia de temas da primeira sessão. No encerramento do encontro realizei uma síntese das idéias que surgiram no decorrer das discussões.

No início de cada encontro, eu apresentava uma síntese da sessão anterior, realizada a partir da transcrição da(s) fita(s), e solicitava a apreciação dos participantes como forma de validação dos dados. Algumas vezes a síntese era aprovada na íntegra, em outras recebia retificações. O guia de temas das sessões subsequentes era elaborado tendo por base tanto as categorias das entrevistas quanto a síntese do encontro anterior, motivo pelo qual os guias foram distintos para os dois grupos (anexos F e G).

A coordenação de ambos os grupos seguiu os mesmos princípios, embora houvesse particularidades. O grupo de docentes dispensou-me de realizar a síntese ao final de cada sessão, uma vez que no encontro seguinte era apresentada uma síntese a partir das gravações, portanto mais completa. Após cada sessão efetuei um relatório da atividade (anexo H) registrando observações sobre o transcorrer do grupo focal que pudessem auxiliar na compreensão das concepções dos participantes.

Assumir como moderadora dos grupos focais foi uma experiência enriquecedora, por acompanhar o desenvolvimento de dois grupos distintos e complementares, como duas faces de uma mesma moeda. Entretanto, identifiquei algumas limitações ou dificuldades nesse trabalho. Manter-me “neutra” quando surgiam controvérsias nem sempre foi uma atitude fácil. Algumas vezes senti o impulso de expressar minhas opiniões, especialmente quando eu era mencionada por ter ministrado um curso ou coordenado um grupo de estudos sobre o tema em debate. Era preciso até mesmo controlar meus gestos ou expressões faciais para não interferir nas discussões. Em várias ocasiões os debates tomaram uma direção imprevista. Entretanto, o receio de interromper e perder informações que pudessem acrescentar novos subsídios às discussões, levaram a alguns momentos de distração desnecessária.

Nesse sentido, Kitzinger (1994) afirma que, ao ocorrer uma boa interação no grupo, os co-participantes tendem a agir como co-pesquisadores, direcionando a pesquisa a novas e frequentemente inesperadas direções e engajamentos, sendo tanto de complementaridade, ao compartilhar experiências comuns, quanto argumentativa, ao questionar, contestar e discordar dos outros.

A partir do segundo encontro dos discentes, senti-me mais à vontade para questionar, procurando aprofundar aspectos de interesse da pesquisa ou esclarecer posições dúbias. O fato de já conhecer o grupo e sua forma de expressão foram fatores decisivos para que eu me sentisse mais segura na moderação do grupo.

Os grupos, no seu conjunto, mostraram-se bastante entusiasmados nos debates. As discussões tiveram momentos calorosos, até mesmo de exaltação, em que vários membros falavam ao mesmo tempo, exigindo a minha interseção na organização dos debates. Alguns participantes eram mais comunicativos, outros mais tímidos, porém não houve monopólio em nenhum dos grupos. Nem sempre houve concordância das idéias discutidas, sendo que os próprios membros questionavam-se entre si, algumas vezes tentando persuadir o outro sobre o seu ponto de vista ou discordando de forma veemente. Em alguns desses momentos, procurou-se explorar mais a argumentação das diferentes opiniões. Houve poucos momentos de silêncio.

A avaliação final dos grupos focais, realizada na quarta sessão, foi extremamente positiva e evidenciou o quanto a interação enriquece os debates, favorecendo a tomada de consciência individual e coletiva. Os alunos expressaram o quanto foi gratificante a oportunidade de

refletir e discutir aspectos sobre a própria formação e sobre o diagnóstico de enfermagem, que propiciaram ao grupo construir conhecimento. Os docentes manifestaram o quanto é necessário este tipo de encontro, para debater não só a temática proposta, mas também o processo ensino-aprendizagem, as formas de ensinar, as dificuldades enfrentadas e as soluções encontradas, entre outros temas que fazem parte do cotidiano do professor, que tem feito por vezes o seu ensino de forma tão isolada e solitária, mesmo em uma disciplina com vários professores.

Uma quinta reunião foi promovida, com cada um dos grupos, no mês de março de 2002. Para tanto, foi necessário contato telefônico com cada participante renovando o convite e solicitando as preferências de horário, além do agendamento de salas para os encontros, e novo contato para confirmação da hora e local. Embora a quase totalidade dos integrantes tivesse acenado positivamente ao chamamento, estiveram presentes 6 discentes e 5 docentes. A observadora não pôde comparecer aos encontros.

Essa sessão seguiu os postulados preconizados para o grupo focal. Tanto no grupo dos discentes quanto no dos docentes, iniciei agradecendo a presença de todos e explanando as razões da demora para a realização do encontro. Distribuí um impresso contendo o quadro resumo das categorias oriundas daquele grupo focal, explicando-as, e solicitando o seu posicionamento quanto à concordância ou discordância da análise realizada. Apresentei uma síntese dos resultados do outro grupo focal, traçando alguns paralelos. Embora não lembrassem todos os debates, os participantes de ambos os grupos concordaram com a análise realizada, manifestando surpresa diante da abrangência do material categorizado. Enfatizaram alguns aspectos que julgaram importantes ou elucidaram algumas concepções explicitadas nas categorias, validando o material divulgado pela pesquisadora.

3.4.4 Análise das informações

A metodologia escolhida e percorrida para analisar as informações é a Análise de Conteúdo. Compartilho com a argumentação de Moraes (1994, 1999), ao considerá-la bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, mas uma metodologia de análise aplicada ao exame de documentos escritos, discursos, dados de comunicação e semelhantes, com o propósito de uma leitura crítica e aprofundada, levando a descrições sistemáticas, à interpretação e re-interpretação desses materiais, e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que extrapola uma leitura comum.

Uma das obras mais conhecidas sobre Análise de Conteúdo foi escrita por Laurence Bardin, publicada em Paris no ano de 1977, abordando em detalhes seus princípios e conceitos fundamentais, bem como o emprego do método, estruturado em três fases. Outros autores, a partir de Bardin, organizaram-no em mais etapas. Descrevo as cinco etapas concebidas por Moraes (1999) que nortearam a análise do presente estudo. Embora apresentadas de forma sequencial, não possuem uma delimitação tão clara na sua aplicação.

A primeira etapa da análise consistiu na *preparação das informações*. Iniciei pela leitura de todos os materiais pertinentes e representativos aos objetivos da análise, como as transcrições das entrevistas e dos grupos focais, de forma abrangente. A seguir, realizei a codificação do material, estipulando códigos para facilitar a identificação de cada participante, por meio de letras e números.

A segunda etapa, denominada *unitarização* ou transformação do conteúdo em unidades, compreendeu a releitura minuciosa dos materiais para definir o elemento ou indivíduo unitário, denominado “unidade de análise” ou “unidade de registro”. Estas unidades foram frases, temas ou diálogos.

Segundo Morgan (1995), a unidade de análise a ser considerada em um grupo focal não é nem o indivíduo nem o grupo constituído. Ao contrário, o esforço analítico deve ser no sentido de buscar um equilíbrio que reconheça a interação desses dois níveis de análise.

Após esta definição, reli todos os materiais e identifiquei as unidades de análise, estipulando um código adicional a cada unidade de modo a dividir as mensagens diversas em elementos menores. A seguir, cada uma das unidades de análise foi isolada, o que permitiu a sua classificação. Para tanto, cada conjunto de informações foi reescrito separadamente, tendo o cuidado para que pudessem ser compreendidas e interpretadas fora do seu contexto original, dispensando informações adicionais.

Ainda nessa etapa foram definidas as unidades de contexto, que constituem unidades mais vastas que as de análise, e servem de referência às mesmas, ao permitir um retorno ao contexto que lhes deu origem para que se possa explorar mais amplamente todo o seu significado. As unidades de contexto foram cada entrevista e cada sessão de grupo focal.

Na etapa seguinte, de *categorização*, classifiquei os elementos de uma mensagem, por semelhança ou analogia, e de acordo com critérios semânticos, originando categorias

temáticas. Segundo Moraes (1999), os critérios também podem ser léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos; podem ser sintáticos, a partir de verbos, adjetivos ou outros; ou critérios expressivos, com ênfase em desvios de linguagem. Apenas um desses critérios deve nortear cada conjunto de categorias. A categorização não ocorre de forma linear e sequencial. É importante salientar que o seu processamento é cíclico e circular, pois a cada retorno aos dados novos significados são apreendidos, possibilitando o refinamento progressivo das categorias.

Procurei respeitar as regras básicas descritas por Moraes (1999) para a classificação das categorias, tanto as definidas *a priori*, provenientes do referencial teórico norteador, quanto as categorias emergentes ou *a posteriori*, definidas a partir da análise das informações. De acordo com o autor, estas são as regras: a) as categorias devem ser válidas, pertinentes ou adequadas, ou seja, refletir os objetivos da pesquisa, ter significado em termos do trabalho e corresponder às características das mensagens; b) critério da exaustividade ou inclusividade, entendido como a categorização de todo o material significativo correspondente aos objetivos, de modo que não fiquem dados significativos fora da análise; c) critério da homogeneidade, em que um único princípio ou critério rege a classificação, tanto em conteúdo quanto em nível de abstração; d) critério de exclusividade ou exclusão mútua, estipula que cada elemento só pode pertencer a uma única categoria; e) critério de objetividade, consistência ou fidedignidade, válido também em pesquisas qualitativas, implica expor com clareza as regras de classificação empregadas, a fim de que não ocorram dúvidas quanto à categoria a que cada unidade de conteúdo deveria pertencer.

A *descrição*, quarta etapa do processo de análise, consistiu no primeiro momento de comunicação do trabalho oriundo da categorização, e de expressar os significados apreendidos e intuídos nos dados analisados. Na pesquisa qualitativa, cada uma das categorias dá origem a um texto-síntese, incluindo “transcrições diretas” das mensagens originais, de modo a expressar com clareza os significados existentes. As citações dos pesquisados refletem uma atitude metodológica de construção de validade dos resultados.

Na etapa de *interpretação*, busquei uma compreensão mais aprofundada do conteúdo expresso nas comunicações, por meio de inferência e interpretação. O termo inferência está mais relacionado à pesquisa quantitativa, que permite, ao inferir, extrapolar os resultados alcançados a uma população maior que a amostra utilizada no estudo. Já o termo interpretação está mais voltado a uma abordagem qualitativa de pesquisa, quando o pesquisador procura

compreender, além do conteúdo que foi manifestado pelos pesquisados, também o que está oculto, seja de forma consciente ou inconsciente. Analisar o nível latente das mensagens representa uma leitura do que está nas entrelinhas, denotado especialmente nas revelações contraditórias.

Concluindo este capítulo, em que procurei tornar claras as questões de pesquisa, o caminho metodológico escolhido e o percorrido para coleta e análise dos dados empíricos, passo a apresentar, nos capítulos seguintes, o resultado das entrevistas e dos grupos focais.

Terceira Parte

RESULTADOS

4 RESULTADO DAS ENTREVISTAS

Na primeira fase de coleta de informações, como já anunciado na metodologia, realizei oito entrevistas individuais semi-estruturadas, quatro com docentes pertencentes aos três departamentos da EEnfUFRGS, e quatro com discentes, um do nono semestre e três cursando o oitavo. Utilizei o critério de saturação, atingido quando novas informações não mais alteram os resultados anteriormente alcançados, para a determinação do quantitativo de entrevistas. Todos os entrevistados são do sexo feminino.

Na análise do material transcrito, os elementos foram classificados em categorias temáticas de acordo com o detalhamento apresentado na metodologia. As citações dos entrevistados, ancoradas nas descrições das categorias, foram codificadas *P* e *A* para professores e alunos respectivamente, sendo sucedidas por um número que indica o informante de acordo com a ordem cronológica das entrevistas realizadas.

No conjunto das entrevistas, as concepções que emergiram para o termo competência possibilitaram identificar distintas *significações*, em consonância com a literatura consultada que aponta o seu caráter polissêmico (Ropé, Tanguy, 1997). *Atributos e dimensões* de competência também foram evidenciados nos relatos, configurando duas outras categorias. Quanto à relação destas concepções ao processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, emergiram as categorias *Relação com os saberes / conhecimentos*, *Estratégias de ensino-aprendizagem* e *Contexto Institucional do Curso*. As questões norteadoras e as categorias oriundas das entrevistas individuais estão expressas no Quadro 2.

QUESTÕES NORTEADORAS	CATEGORIAS
Concepções de Competência	▪ <i>Significações</i>
	▪ <i>Atributos</i>
	▪ <i>Dimensões</i>
Competência: Processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem	▪ <i>Relação com os saberes / conhecimentos</i>
	▪ <i>Estratégias de ensino-aprendizagem</i>
	▪ <i>Contexto institucional do curso</i>

Quadro 2 – Categorias emergentes das entrevistas individuais realizadas com docentes e discentes de enfermagem

Passo a apresentar os resultados das entrevistas, os quais foram empregados como tópicos propulsores dos debates nos grupos focais.

4.1 CONCEPÇÕES DE COMPETÊNCIA

As **significações de competência** que discentes e docentes de enfermagem manifestaram convergem para as duas primeiras definições apresentadas por Ferreira (1986) em seu dicionário da Língua Portuguesa. A primeira delas refere-se ao papel profissional, isto é, à faculdade concedida por lei a um funcionário para apreciar certas questões. A autonomia na avaliação do paciente é um exemplo da competência da enfermeira. As falas a seguir expressam esta significação:

Aquilo que tu tens que fazer e que nenhum outro profissional faz. (P2)

O enfermeiro já assumiu que é sua competência avaliar o paciente e não simplesmente seguir uma orientação de outra pessoa. (P3)

A segunda significação diz respeito à qualidade de quem é capaz de fazer determinada coisa, resolver certo assunto. Alguns enfatizaram competência como *saber*, associando a conhecimento técnico-científico, a possuir domínio cognitivo em determinada área. Outros expressaram o termo como *saber fazer*, conjugando habilidades, atitudes e capacidades que o indivíduo desenvolve e que vão se tornando automáticas ao longo dos anos. Extrapolando esta conceituação, a competência é vinculada a *saber fazer bem*. Esta significação inclui a qualidade tanto na realização de uma atividade quanto no êxito de seu resultado, ou seja,

abrange processo e produto. Essas significações aparecem nas falas de docentes e discentes. De forma mais abrangente, uma docente manifestou-se articulando no seu entendimento o conhecimento, a formação profissional e a experiência.

Esta última significação, que parece aglutinar as demais e extrapolá-las, ao considerar a competência como um todo da pessoa, incluindo o âmbito pessoal e o profissional, num *saber ser*, é evidenciada na citação a seguir:

No meu entendimento, o indivíduo que é competente está apto, possui um conjunto de habilidades, de conhecimentos de uma determinada área, ele realmente domina, isto quer dizer, ele tem conhecimento técnico, científico, experiências, vivências, e esse conjunto articulado de conhecimentos ele utiliza diante de alguma situação da sua vida diária, ou da prática profissional, ou muitas vezes fora do seu ambiente de trabalho. Não é só aquela situação básica que a gente recebe na faculdade, mas um conhecimento além, que tu vais adquirindo com os anos da tua vivência profissional, somado a insights pessoais que tu tens ao longo da vida. E tu lanças mão destas articulações que tu mesmo fazes, destes conceitos, esquemas, e tu lanças mão em algum momento. (P1)

Outra concepção associada ao termo competência refere-se aos **atributos** do profissional enfermeiro e do enfermeiro docente que o caracterizam como competente. Como atributos da competência profissional, foram citados: ter responsabilidade, iniciativa, dedicação, saber comunicar-se e estimular a equipe de trabalho, saber prescrever, buscar e socializar o conhecimento, ter mente aberta a mudanças. Outros atributos mencionados foram saber identificar as prioridades, contextualizar o cuidado evitando fragmentá-lo, expor e registrar o pensamento organizado e fundamentado, como ilustram as transcrições:

Ela corre atrás. Ela quer saber determinada coisa, ela vai atrás, estuda. Ela não espera as pessoas dizerem: 'tu tens que fazer assim'. Não! Ela pega e toma a iniciativa. (A4)

Quando tu colocas as coisas que tu pensas de uma maneira sistemática e registrada, tu expões para os outros profissionais as coisas que tu estás deduzindo a partir do teu conhecimento. Eu acho que é uma competência. (P3)

Ter autonomia na avaliação do paciente; possuir uma visão abrangente, do todo, tanto administrativa, assistencial, de relacionamento pessoal, ter uma crença/fé, e equilíbrio emocional; ver o outro como um todo, holístico, são também atributos da competência profissional. A citação a seguir exemplifica alguns destes atributos:

Saber administrar o teu tempo porque são vários pacientes com vários níveis de dependência, ou uns tem mais cuidados e outros menos. Outros estão com o quadro instável. Então, tu tens que ter competência pra saber priorizar. (A4)

Quanto ao docente, além dos atributos próprios do enfermeiro, foram relatados outros relacionados à sua atividade pedagógica. A capacidade do professor para ensinar, compreendida por alguns como saber repassar o conhecimento; de manter-se atualizado; e de tornar os alunos competentes por meio do ensino foi mencionada por docentes e discentes, como expresso nas falas a seguir:

O professor tem que ter competência pra deixar as coisas claras, pra fazer as coisas da forma mais correta, pra ensinar de forma certa. Não começar já ensinando com os vícios que a profissão traz. (A2)

É aspiração de todo o professor transmitir seu conhecimento, aprimorar o seu conhecimento e passar uma mensagem que torne as outras pessoas também competentes e hábeis em seu desempenho. (P3)

Foi possível identificar diversos elementos que abrangem a competência profissional, os quais denominei **dimensões de competência**. As dimensões que emergiram na fala dos entrevistados foram: técnico-científica, humanística, comunicativa, de relacionamento interpessoal e sociopolítica. Estas dimensões apareceram especialmente na fala dos docentes.

A **dimensão técnico-científica** de competência, entendida no presente estudo como a realização de procedimentos de enfermagem que visem à solução de problemas físicos do paciente é priorizada pelo discente, como indica a percepção do professor a seguir:

A prioridade para o aluno são as habilidades técnicas, a construção teórica do diagnóstico fica em segundo plano. (P1)

A **dimensão humanística** de competência compreende, na presente investigação, a expressividade no cuidado ao ser humano, incluindo a ética, a estética e a cultura. Os *aspectos éticos* foram manifestados especialmente no respeito ao outro. Respeitar, na concepção dos entrevistados, é conversar, é ouvir, é averiguar se o outro está de acordo com aquilo que está sendo proposto e realizado. É um exercício necessário na nossa profissão. A citação a seguir evidencia esta dimensão:

Às vezes a gente invade o outro, não só no diagnóstico. Uma outra competência no trabalho da enfermeira é ter respeito com o ser humano, com a pessoa que tu estás trabalhando. (P1)

No âmbito da *estética*, a sensibilidade e a percepção do outro são componentes da competência, como é possível apreender dos relatos que seguem:

Às vezes eu chego ali e o paciente parece muito tranqüilo. Aí dou uma volta, volto lá na sala de preparo e está ele lá, angustiadíssimo com os olhos cheios d'água. E aí vai da sensibilidade das pessoas perceber, porque é um fluxo muito grande, entra e sai gente ali, de

chegar naquela pessoa, mesmo que não seja teu paciente, da sala que tu estás cuidando, de chegar ali e perguntar: o que é que foi? O que está acontecendo? (A1)

Eu acho que é competência do enfermeiro perceber, no meio daquele povo ali na emergência, que aquela criança que estava quieta num canto, chorando baixinho, estava precisando de ajuda, de atenção. (P2)

Os aspectos *culturais*, no sentido de aceitação e tolerância à cultura do outro, foram também relatados por alguns entrevistados. Embora o respeito à cultura do paciente muitas vezes não ocorra, a transcrição a seguir parece evidenciar o reconhecimento e o esforço neste sentido.

(...) a mãe é que se adaptou à cultura do hospital, não o hospital que se adaptou à cultura da mãe. Aí a mãe entrou no esquema que tinha que trocar a criança com mais frequência, que tinha que dar banho. Nós temos muitos pacientes de etnias diferentes, indiozinho, alemão, italiano, ciganos. Os ciganos são diferentes. Tu tens que te adaptar, e no fim tu até te acostumas com aquele jeito, por que dar banho não é uma coisa fundamental, e para a gente é. Eu acho que dentro da pediatria a gente é mais tolerante neste sentido. (P2)

Na **dimensão comunicativa** de competência, foram incluídos aspectos da comunicação verbal e não-verbal, escrita e computacional. A comunicação verbal e não verbal entre a enfermeira e o paciente é um dos aspectos valorizados na competência profissional, na medida em que o cuidado prescinde da avaliação do paciente e dos diagnósticos, o que implica conhecê-lo e compreendê-lo, como ilustra a transcrição que segue:

O mais importante no nosso papel, na assistência, é tu conseguires fazer uma anamnese completa do paciente, conseguires chegar no paciente, conversar com ele, coletar a sua história e conhecê-lo, porque do contrário não vais entender os problemas de saúde dele, tu não vais conseguir determinar quais os cuidados que são importantes para que ele melhore. (P4)

A importância dada ao registro escrito no prontuário do paciente revelou outro aspecto da dimensão comunicativa, como ilustram as citações a seguir:

Eu me lembro que foi lá que eu aprendi a escrever, que eu aprendi a fazer uma boa evolução, fazer um bom histórico e já começar a colocar em prática um pouco do diagnóstico de enfermagem. (A1)

Porque tudo que construíres ou fizeres por escrito é um legado que tu deixas para os teus colegas, seja numa pasta, num livro de registro, porque é um conhecimento que tu ganhas e que nem sempre tem nos livros. (P1)

Foi, ainda, mencionado o preparo computacional do aluno para lidar com os sistemas informatizados das instituições de saúde, referindo-se especialmente ao HCPA. Tanto professores como alunos reconhecem a maior capacitação do discente nesta área, como ilustra a citação que segue:

Quanto a lidar com o computador não foi problema, porque as alunas sabiam mexer mais do que eu, abrir e fechar janelas, guardar na memória. (P2)

Embutido nesta dimensão, situa-se o aspecto *legal* expresso pela importância de documentar, de forma legível, o trabalho realizado. Quando o registro de enfermagem é informatizado, como no caso das prescrições no HCPA, cujo programa vincula-as aos diagnósticos de enfermagem, a questão legal da comunicação não pode ser negligenciada.

(...) mas eu estou procurando fazer a coisa direitinho. Então, quando eu tenho uma dúvida, eu coloco o cuidado à mão, mas eu não puxo (do sistema informatizado) o cuidado de um diagnóstico que não seja aquele que realmente o paciente está. (P4)

O **relacionamento interpessoal** é outra dimensão da competência que emergiu das entrevistas. A sua importância é evidenciada tanto no trabalho em equipe, quanto na interação enfermeira-paciente, situação intrínseca ao próprio cuidado de enfermagem, conforme consta na citação a seguir:

Esta interação enfermeira-paciente é uma habilidade fundamental, desde a entrevista. Ter mais do que empatia seria mais um componente da competência. (P1)

Como **dimensão sociopolítica** de competência, considerei a inserção profissional em espaços que extrapolem o âmbito privado e restrito em prol de projetos que visem a intervenções contextualizadas social e politicamente. Os dados coletados mostram que o comprometimento do grupo pode ser uma via eficaz na implementação de uma proposta, conforme a seguinte citação:

A gente tem muito que estudar em relação ao diagnóstico de enfermagem. Para algumas pessoas está sendo aplicado de forma inadequada, porque existem muitas críticas em relação ao sistema. Mas eu vejo que foi um passo muito importante, louvável, e que exige o comprometimento de cada um para querer realmente fazer a coisa da forma certa, porque é uma maneira de comprometer o professor, o aluno e o enfermeiro a embasar cientificamente o que ele está fazendo. (P4)

4.2 COMPETÊNCIA: PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A relação das concepções de competência ao processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem possibilitou identificar a emergência de três categorias, às quais denominei *Relação com os saberes/conhecimentos*, *Estratégias de ensino-aprendizagem* e *Contexto institucional do curso*.

Os saberes ou conhecimentos são recursos os quais mobilizamos para agir. Perrenoud (1999, 2000, 2001) chama competência ao conjunto de recursos que são integrados e mobilizados para a ação. A categoria **relação com os saberes/conhecimentos** abarca a concepção dos entrevistados acerca do conhecimento específico do diagnóstico de enfermagem e da sua informatização. As falas revelam posturas distintas, de apoio ou de resistência à proposta dos diagnósticos. É ressaltada por alguns, de forma positiva, a exigência de aprofundamento em diversas áreas do conhecimento que dêem sustentação aos diagnósticos de enfermagem identificados e ao estabelecimento de intervenções pertinentes. Além disso, diagnosticar favorece a interação enfermeira-paciente e facilita o cuidado ao paciente pela enfermagem, como expressa a fala a seguir:

Eu percebo coisas que antes eu não percebia, como com as gestantes. Elas têm conforto alterado. Aliás, qualquer paciente que está dentro de um hospital, ele tem, mas a gente não percebia isso de uma forma tão clara. Tu sentias pena do paciente porque ele estava internado, mas não relacionavas muito à doença. Pelo menos pra mim está me fazendo pensar mais sobre a doença do paciente, o porquê que existe esse diagnóstico, porque ele está com ansiedade, porque ele está com o conforto alterado, porque ele está com risco para amamentação ineficaz. Acho que te faz pensar mais nas tuas intervenções. Tem aquela preocupação de que eu preciso ajudar, eu preciso ter condutas para esse diagnóstico.(A2)

Com posição contrária, alguns docentes e discentes manifestam resistência à proposta dos diagnósticos de enfermagem. As observações mencionadas pelos entrevistados não se referem exclusivamente a eles, mas incluem a postura de colegas. Há alunos que relutam em aprender e mostram desinteresse por considerá-lo uma “chatice”. Desvalorizam este conhecimento por não reconhecer a sua aplicação prática, já que determinados campos de estágio não o utilizam. Há os que consideram o diagnóstico muito complexo, além de ser uma linguagem muito diferente. Alguns questionam esta nova terminologia, alegando que os diagnósticos utilizam termos diferentes para dizer algo que já é conhecido com outra denominação. Outro aspecto ponderado refere-se aos diagnósticos existentes na Taxonomia da NANDA, que não contemplam as situações de todas as áreas de atuação, como o recém-nascido. Além disso, há resistência ao novo por exigir estudo. É mais fácil seguir rotinas e ordens alheias do que ser julgado por um erro cometido. Outras críticas direcionam-se às falhas existentes no Processo de Enfermagem informatizado do HCPA, em que alguns cuidados não encontram correspondência aos diagnósticos. As citações a seguir exemplificam algumas destas resistências:

A gente ouve, por que sofisticar? É uma coisa que sempre foi feita, que já está sendo feita. Sinto que há resistência porque é novo. (A3)

Esse vocabulário dos diagnósticos é diferente pra mim e não é assim tão simples para o aluno. O que falta é essa linguagem do diagnóstico ficar clara na nossa cabeça, porque não está. Pra mim está claro o que eu tenho que prescrever em termos de cuidado, mas o diagnóstico eu estou tentando buscar pelo sistema. (P4)

Os entrevistados descrevem algumas **Estratégias de ensino-aprendizagem** acerca do diagnóstico de enfermagem e da sua informatização, constituindo fatores favorecedores e fatores limitantes ao desenvolvimento da competência na formação do aluno.

O ensino progressivo ao longo do curso, em que o conhecimento acerca do diagnóstico de enfermagem vai sendo retomado, sedimentado e aprofundado ao longo dos semestres, em diferentes disciplinas, foi apontado como favorecedor à aprendizagem do aluno.

Professores estudando e aprendendo junto com os alunos, assim como a diversificação de estratégias de ensino parece facilitar a apreensão do processo diagnóstico. Um exemplo desta variação, implementada por uma docente, consiste em trabalhar com simulações em laboratório, utilizando o boneco em um caso clínico, e solicitar aos alunos que construam os diagnósticos. Além disso, fornecer livros de diferentes autores para cada um dos alunos de um pequeno grupo no intuito de buscar os diagnósticos de enfermagem, identificando as diferenças e semelhanças expostas em cada uma das obras. As transcrições a seguir ilustram alguns destes aspectos:

O ensino do diagnóstico de enfermagem foi gradual, no quinto semestre conhecimento teórico, no sexto em estágio, no oitavo por computador. A carga horária foi pouca, mas suficiente para ter uma noção, aí comprei um livro. (A1)

Nós montávamos juntas (professora e alunas) os diagnósticos de enfermagem a partir dos sinais e sintomas, eu estou estudando junto com elas. (P2)

Nesse contexto, em que o docente busca aprimorar seus conhecimentos e utilizar estratégias de ensino que favoreçam a aprendizagem, também o aluno tem sua contribuição. O engajamento à proposta e a experiência crescente que os alunos vão adquirindo ao longo do curso auxiliam na compreensão dos diagnósticos de enfermagem e na sua relação com o cuidado prestado ao paciente, promovendo o desenvolvimento da competência. A fala seguinte reflete o exposto:

Uma das coisas que ajuda os alunos a realizarem o processo diagnóstico é essa experiência que eles vão adquirindo ao longo até destas primeiras entrevistas. (P1)

A informatização do diagnóstico de enfermagem, já existente no hospital universitário, contribui para o seu ensino. No entanto, foi claramente expresso que não basta conhecimento

e habilidades no manuseio do computador, sendo imprescindível a prévia aprendizagem do processo diagnóstico.

O computador facilita, mas obriga a conhecer o diagnóstico de enfermagem e a etiologia. (A1)

Na categoria denominada **Contexto Institucional do Curso**, foram contempladas questões relativas à estrutura curricular e à capacitação docente. Foram apontados fatores favorecedores e fatores limitantes relacionados à formação acadêmica de uma forma geral e mais especificamente ao ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.

Uma das entrevistadas, aluna do último semestre, percebe a formação acadêmica recebida como favorecedora do ensino voltado para o desenvolvimento de um futuro profissional competente. Ela imputa este posicionamento à estrutura curricular do curso de graduação, que possibilita a independência gradual do aluno, e à forma de avaliação, embora o termo competência não seja explicitado. É importante considerar, contudo, os valores pessoais da aluna na sua formação acadêmica. A transcrição a seguir ilustra esta postura:

A faculdade trouxe coisas para eu formular que competência é uma visão ampla, um horizonte muito extenso (...) nunca ninguém tocou na palavra (competência), mas nós somos cobrados a fazer bem feito (...) mas aos poucos eu fui sentindo que eu ia tendo liberdade de fazer minhas atividades cabíveis ao semestre, mas de forma bem feita e ia me desvinculando um pouquinho do professor. Eu vejo nisso que era uma forma que eu aprendi que fazendo sozinha um pouquinho ali, eu ia saber se estava certo ou errado, de discernir. Acho que era uma forma que elas (professoras) tinham de ensinar a gente a ser competente, mas nunca uma aula sobre competência como a gente tem aula de reunião de grupo. (A1)

Em oposição a essa concepção, alguns docentes alegam que a aprendizagem do aluno tem sido pouco significativa. Questionamentos e reflexões acerca da aplicação prática do conhecimento adquirido pelo aluno, que favoreça a modificação do mercado de trabalho, são expostos por uma docente. A falta de fundamentação dos professores para perceber todos os aspectos necessários ao desenvolvimento de um aluno, associado ao ensino fragmentado, pouco articulado, que somente ao final do curso proporciona a visão do todo foram aspectos identificados como limitantes, consistindo em pontos de melhoria. As seguintes citações exemplificam o que foi expresso:

Nós recebemos as coisas muito fragmentadas e de repente nós temos que fazer as coisas juntas, e nós não temos essa noção de unir tudo. (...) agora eu tenho que ver o que é prioridade (...) nós devíamos ser mais graduais. (A3)

Tu recebes lá aqueles conteúdos, trabalhas a observação, trabalhas a tomada de decisão, mas não retomas lá adiante no outro semestre. Fica uma lacuna. Tu apreendeste o conteúdo,

mas debes voltar com exercício prático, ou na vivência do dia-a-dia para saber futuramente quando fores precisar e lançar mão daquilo. Então ele fica meio solto, não fica articulado. (P1)

Nós estamos preparando profissionais com uma mensagem de sistemática de cuidado? Será que o mercado absorve esse conhecimento? Será que ele aproveita esse conhecimento que o aluno está adquirindo? Será que o aluno sai realmente com esse conhecimento sedimentado para que ele possa ir lá no seu local de trabalho e modificar? Essas são as minhas dúvidas. (P3)

Na relação entre competência e o ensino do diagnóstico de enfermagem, também são vislumbrados fatores favorecedores e fatores limitantes. Um dos fatores favorecedores que aparece na fala de um entrevistado é o preparo do professor. Para que a introdução de um conteúdo ou metodologia ocorra de forma positiva e proveitosa no ensino, é imprescindível o comprometimento e a busca de fundamentação por parte do docente, a fim de que possa facilitar a compreensão e a (re)construção do aluno diante de um conhecimento novo. Este fator é ilustrado com a fala a seguir:

Hoje eu consigo passar para os alunos todas as etapas de como construir um diagnóstico com muito mais clareza porque fiz um curso e participei de um grupo de estudos. (P2)

A inadequação curricular para o ensino dos diagnósticos de enfermagem aparece especialmente nas falas dos docentes. Esta limitação abarca variadas facetas, como o tempo reduzido em que este conhecimento é trabalhado nas disciplinas e o distanciamento teórico-prático, uma vez que o aluno possui uma noção teórica do diagnóstico de enfermagem, mas tem dificuldade de transpô-lo para a prática. Há lacunas na formação do discente, necessitando trabalhar mais, desde o início da graduação, a observação, o pensamento crítico, a sensibilidade, a tomada de decisão, a criatividade e o julgamento, que são instrumentos básicos para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Falta aprofundamento progressivo desses itens para que o aluno consiga identificar as prioridades do paciente, visto ser esta uma das características da competência. As transcrições a seguir ilustram alguns destes aspectos:

Para tu fazeres um diagnóstico de enfermagem, tu vais precisar ter trabalhado observação, o pensamento crítico, a sensibilidade, a tomada de decisão, a criatividade, usar o teu julgamento, e um aspecto que é fundamental são as experiências anteriores. E isso o aluno não tem. E isso é o que mais nos ajuda em determinados momentos para chegar a um diagnóstico. Então eu sinto esta falta de ganchos. Eu sinto que estes itens precisam ser bem trabalhados lá no início da faculdade e depois ser pinçados dentro das disciplinas, porque senão o aluno recebe aquele conteúdo, mas não vê onde, em que momento ele vai tomar aquela decisão. (P1)

O módulo do ensino é curto para o aluno se sentir seguro e transpor esse conhecimento, ele vai ter que repetir o conteúdo. (P3)

A falta de preparo dos docentes foi outro aspecto abordado nas entrevistas. O pensamento do professor está voltado para o cuidado, já que a etapa do diagnóstico é recente na metodologia do Processo de Enfermagem. Desta forma, o raciocínio se dá no caminho inverso, primeiro relacionando os cuidados para, a partir deles, identificar os diagnósticos de enfermagem. Soma-se a isso, a dificuldade na acurácia diagnóstica, que implica conhecer a proposta conceitual e estrutural deste sistema de classificação. As falas seguintes exemplificam o exposto:

O cuidado era claro, mas o caminho para chegar até lá é complicado. (A1)

O diagnóstico requer conhecimento de sinais e sintomas, da etiologia, do que fazer. Porque a partir do diagnóstico é que tu vais fazer a tua ação de enfermagem. E isto parece muito complicado quando tu não tens domínio das coisas. (P2)

Os resultados das entrevistas foram apresentados, de forma sucinta, na primeira sessão de ambos os grupos focais, como ponto de partida para os debates. Cada grupo tomou um rumo, com momentos de aproximação e momentos de distanciamento das discussões entre si. Passo, no capítulo a seguir, a apresentar o resultado desses grupos, seguindo a ordem cronológica em que foram concretizados, iniciando com os discentes e posteriormente os docentes.

RESULTADO DOS GRUPOS FOCAIS

A análise dos grupos focais é apresentada sob a forma de metatexto descritivo-interpretativo (MORAES, 2001), resultante em seu todo de uma leitura aprofundada em que busquei explorar uma diversidade de significados possíveis de serem construídos a partir de um conjunto de significantes, com a finalidade de expandir a compreensão dos fenômenos investigados. As categorias foram sendo modificadas e redefinidas num processo contínuo ao longo da análise, na medida em que as informações dos dois grupos focais eram contrastadas e ampliadas. Desta forma, a produção de um metatexto implicou desconstruir os materiais textuais de análise, para reconstruí-los por meio de um movimento intuitivo e auto-organizado, em uma nova ordem, conferindo ao pesquisador um efetivo aprender. O nome dos participantes é fictício, pois visa a preservar o anonimato dos informantes.

De acordo com o planejamento realizado, os resultados obtidos nesta investigação correspondem às concepções de discentes e docentes sobre competência profissional e sua relação com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. Trata-se de concepções construídas a partir do intercâmbio de opiniões em uma situação de interação entre colegas, nem sempre consensuais.

5 RESULTADO DO GRUPO FOCAL DE DISCENTES

O início dos debates foi suscitado pelo questionamento aos discentes sobre suas percepções acerca das categorias advindas das entrevistas individuais. Ao longo das quatro sessões, as discussões referendaram os resultados obtidos por meio das entrevistas, e trouxeram alguns novos elementos, alargando e aprofundando o conteúdo nas categorias. Passo a apresentar as concepções que os discentes possuem sobre competência e, num segundo momento, a relação dessas concepções ao processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. O Quadro 3 apresenta o resultado do grupo focal de discentes, contendo as questões norteadoras, as categorias e os elementos temáticos extraídos da análise, podendo ser considerado um mapa de significados.

5.1 CONCEPÇÕES DE COMPETÊNCIA

As concepções de competência expressas pelos discentes estão contidas nas categorias *significações, atributos e dimensões*, a seguir apresentadas.

QUESTÕES NORTEADORAS	CATEGORIAS	ELEMENTOS TEMÁTICOS
Concepções de Competência	Significações	▪ Função própria de um profissional
		▪ Capacidade para desempenhar uma tarefa com qualidade (conhecimento + experiência + valores pessoais)
		▪ Depende do papel profissional e dos critérios de quem avalia
	Atributos	▪ Profissional: responsabilidade, honestidade, abertura a novas aprendizagens. Rigor moral (polêmico), postura, auto-conhecimento, autocontrole
		▪ Docente: dar apoio emocional ao aluno, orientá-lo individualmente, oferecer-lhe <i>feedback</i> após uma atividade, motivar o aluno, acreditar na sua capacidade, auxiliá-lo a desenvolver suas potencialidades, realizar críticas construtivas, capacitar-se
	Dimensões	▪ Técnico-científica (realização de procedimentos fundamentados cientificamente)
		▪ Humanística (ética, estética e cultura)
		▪ Relacionamento interpessoal (entre os membros da equipe, enfermeira-paciente)
		▪ Comunicativa (comunicação verbal, escrita e computacional)
		▪ Educacional
Competência: Processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem	Relação com os saberes / conhecimento	▪ Ênfase dada no ensino ao saber técnico
		▪ Ambigüidade diante do conhecimento específico do diagnóstico de enfermagem
		▪ Para diagnosticar em enfermagem é suficiente o desenvolvimento da dimensão técnico-científica, mas é a dimensão humanística que possibilita elaborar diagnósticos individualizados
	Estratégias de ensino-aprendizagem	▪ Aspectos específicos do diagnóstico de enfermagem (estudos de caso, enfatizando o raciocínio diagnóstico e não só o seu enunciado)
		▪ Comunicação escrita e computacional (ferramenta que pode auxiliar a utilização do diagnóstico de enfermagem na prática clínica, bem como promover a acomodação do aluno)
	Contexto Institucional do Curso	▪ Estrutura curricular (implicações curriculares – aumento de créditos desde as disciplinas básicas, maior embasamento teórico)
		▪ Política institucional da Escola de Enfermagem – competência coletiva (interesse e ação partilhada entre os docentes), mudança da cultura e formação docente.

Quadro 3 - Resultado do grupo focal de discentes

5.1.1 Significações de competência

O termo competência aparece como sendo a função própria de um profissional e também como a capacidade que determinada pessoa possui para desempenhar uma tarefa com qualidade, articulando teoria e prática. Estas duas significações coincidem com o contido no dicionário Ferreira (1986) e permearam os debates ao longo das quatro sessões. Contudo, o termo competência pendeu ora para uma, ora para a outra significação, ou mesmo fundindo-as e confundindo-as.

Em relação à primeira significação, alguns participantes afirmam que a competência é uma atribuição própria do profissional, contudo, em cada foco de atenção de enfermagem, existem particularidades, conforme a transcrição que segue:

LUIS: Numa área clínica tu vais ter que ter uma competência sobre o fazer prático e imediato quando é necessário realizar algum atendimento de maior urgência. Quando tu estás numa outra área, num posto de saúde, tu vais desenvolver outras competências. Ou seja, cada campo vai te exigir determinadas competências, que são restritas àquela área de atuação onde a gente está. (GF1)

É possível depreender que, além de uma competência maior, mais abrangente, há competências específicas requeridas em diferentes áreas de atuação, e que merecerão, por conseguinte, formação específica. Neste mesmo sentido, Perrenoud (2001a) pondera sobre a possibilidade de duas teses extremas. Uma delas considera a unidade da competência, que ultrapassa a diversidade das situações em favor da familiaridade estrutural e lógica das ações geradas. A outra nega a toda unidade, ao insistir nos aspectos contextuais e na especificidade das situações. As duas teses parecem apresentar fragilidades, e entre universalidade e singularidade é importante buscar um meio-termo, a fim de enfrentar situações inéditas com relativa eficácia.

O segundo entendimento de competência convergiu para uma significação aglutinadora do saber, saber fazer e saber fazer bem. Alguns defendem que o saber fazer com qualidade determinada atividade é garantido pelo conhecimento. Entretanto, essa postura é rebatida com o argumento de que a experiência profissional é que possibilita que o conhecimento seja utilizado, configurando uma evolução, um processo que ocorre com o tempo.

KAREN: Eu não sei, pra mim isso se resume em coisas simples, em tentar ser o melhor naquilo que tu está desempenhando, naquela atividade que tu está fazendo. E o que te garante isso é o conhecimento, em qualquer atividade que tu faça, e fazer bem.

PAULO: Mas o conhecimento não te confere uma habilidade. Por isso que eu acho que precisa experiência profissional. (GF1)

A noção de competência, na concepção do grupo, converge com o entendimento de vários autores, como Rios, ao afirmar que “competência pode ser definida como saber fazer bem o que é necessário e desejável no espaço da profissão” (2001, p.23). Para construir competências, é preciso tempo, como enfatiza Perrenoud (1999, 2000, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b). Se o que se deseja é desenvolver nos alunos a imaginação, a expressão, a argumentação, o raciocínio, o senso de observação ou a cooperação, não é possível ambicionar progressos sensíveis em poucas semanas. Pois construir atitudes, competências ou conhecimentos profundos requer meses e até anos.

Só é possível dizer-se que um profissional é competente na medida em que se tem claro o seu papel profissional. Neste sentido, alguns alunos argumentam que a enfermagem não possui ainda seu saber estruturado, o que dificulta a definição do que vem a ser um enfermeiro competente, e julgá-lo como tal. Uma das formandas contrapõe-se a essa postura expressando que o que lhes falta é experiência, mas acredita que os profissionais que estão no mercado conhecem seu papel profissional e, portanto, têm condições de realizar esse julgamento. Dar-se conta da proximidade da formatura e desconhecer qual é sua função profissional parece constranger alguns participantes. Uma das alunas, ao rebater o desconhecimento expresso por alguns colegas, argumenta que a competência da enfermeira:

LUIZA: é prestar uma assistência de enfermagem a um indivíduo buscando a prevenção de doenças, a manutenção e a promoção da saúde. Acho que essa é a maior competência, é a competência profissional enfatizada hoje, e na maioria dos lugares. Acho que nós temos bem definido isso. O que difere é fazer, é prestar essa assistência como se presta em diferentes lugares, em diferentes tabuleiros. (GF1)

Este posicionamento evidencia a concepção de uma competência profissional que requer competências específicas de acordo com os distintos cenários da prática social. Embora a prestação do cuidado de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde individual e coletiva da população esteja contemplada no perfil do enfermeiro, constante no atual Projeto Pedagógico da Escola de Enfermagem da UFRGS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2001), o desenho deste profissional abarca uma visão bastante mais ampliada.

Na opinião de outra participante o papel da enfermeira está definido, tem função de cuidador. Este papel profissional está se transformando na medida em que a enfermagem

busca ampliar seu campo de ação. Ela exemplifica com a introdução do diagnóstico, em que a enfermagem busca meios de ser reconhecida profissionalmente pela sociedade. Além de outros quesitos, o enfermeiro que se pretende formar (idem, 2001) é um profissional comprometido com a identificação das necessidades de saúde individuais e coletivas, com o planejamento e implementação de ações de saúde e de educação em saúde. Como profissional que possui ações independentes, e não somente interdependentes ou dependentes, se acredita na utilização do diagnóstico de enfermagem, inserida numa metodologia do Processo de Enfermagem, como instrumento para qualificar o cuidado prestado e dar visibilidade ao trabalho que realiza.

Nesta filosofia do cuidado, enfatizada na formação acadêmica, ser competente é estar junto ao paciente e sua família. Também a liderança de equipe e a administração são apontadas como parte da sua competência. Contudo, na visão de uma das participantes, *saber como fazer tudo isso é que vai te qualificar como competente ou não* (Bela, GF1). Nas competências gerais do enfermeiro elencadas nas Diretrizes Curriculares, encontra-se a aptidão para desempenhar o papel de liderança das equipes de enfermagem e multiprofissional, bem como para realizar gerenciamento e administração de recursos humanos e materiais em serviços de saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Em decorrência das considerações sobre ser um cuidador competente, um dos participantes instiga os demais, ao afirmar que não são todas as instituições de saúde que exigem dos enfermeiros estar ao lado do paciente. Em algumas delas a competência é voltada para a eficiência, eficácia e economia do material no atendimento prestado. A preocupação com o mercado de trabalho que vão encontrar fica patente em suas falas, gerando polêmica quanto aos critérios que determinam um profissional competente. Questionamentos como: “É competente quem se adapta aos padrões estabelecidos pela instituição empregadora? Quem avalia a minha competência, isto é, para quem eu sou ou devo ser competente?” foram formulados pelo próprio grupo.

No entendimento de alguns a competência depende daquele que avalia e está sujeita ao paradigma institucional. Há instituições empregadoras que avaliam a competência do trabalhador de forma quantitativa, exigindo produtividade, em que os valores pessoais são pouco ou nada considerados. Na opinião de alguns, apenas adequar-se ao que a instituição requer pode conflitar com os valores internos, e assim não configurar competência. O ensino

da UFRGS, ao qual os participantes estão vinculados, é direcionado para o cuidado humano, distintamente de outras instituições de saúde que receberão seus formandos. O HCPA foi ressalvado como uma instituição hospitalar que valoriza o cuidado e oportuniza a pesquisa, mas há uma tendência geral de se respeitar os valores humanos.

Segundo Rios (2001), tem-se constatado que as competências, no sistema em que vivemos, são definidas considerando a demanda do mercado. Isso, por si só, não é ruim, uma vez que o contexto em que se desenvolve a formação e a prática profissional devem ser levados em conta. O risco reside em confundir a demanda imediata, mercadológica, com a demanda social, que expressa as necessidades concretas dos componentes de uma comunidade.

Após amplo debate, parece ter sido consenso que a competência profissional implica extrapolar as exigências da instituição empregadora, propondo acréscimos ou alterações que venham ao encontro dos valores pessoais, já que os critérios de competência são também internos, como expressam as falas a seguir:

ANA: Eu não vou ser uma pessoa feliz se eu simplesmente for me adequar a uma instituição, eu acho que tem que haver um equilíbrio entre o meio interno e o externo, os meus valores, o que eu quero pra mim. Mas eu acho que o que prevalece é a tua consciência, o ideal que tu tem de vida, na verdade ninguém melhor cobra a competência da gente do que a gente mesmo, por mais que tenha alguém te avaliando.

LUIS: (...) Porque todo mundo, pelo menos ao meu ver, que espera ser competente vai ver o que há de errado, ou o que há de certo, e vai tentar mudar algumas coisas, independente da instituição que está. (GF1)

O termo competência é muitas vezes utilizado no âmbito do trabalho com a conotação de qualificação, de formação para atender ao mercado do trabalho, e de desenvolvimento de recursos humanos em espaços da administração empresarial mais tradicionais. Este parece conter um viés ideológico, percebido pelos participantes do grupo focal, ao reconhecer que a competência extrapola esta visão mercadológica.

A questão dos valores pessoais permeou grande parte do primeiro encontro, evidenciando inicialmente divergência entre os participantes. Para alguns os valores pessoais não interferem ou não deveriam interferir na competência profissional. Em contrapartida, outros argumentam não ser possível um profissional competente infringir seu próprio código de valores para atender a uma solicitação do serviço.

A bagagem individual, trazida do contexto familiar e de características pessoais, participa, em graus distintos, na formação de um profissional competente. Aqui e em outros momentos, os valores pessoais são considerados a cultura do profissional, a forma como ele percebe e se posiciona histórica e socialmente.

ANA: Por isso que eu acho importante a questão dos valores individuais em relação à cultura, a gente vê nos campos de estágios por onde a gente já passou, que cada pessoa, cada enfermeira, cada técnico, atende o paciente de uma forma diferente. Tem pessoas que estão ali do lado do paciente, que não importa como o paciente é, que não importa se o familiar do paciente é chato ou não, trata o paciente de determinada forma. Agora, outras pessoas que não têm tanta paciência, às vezes a gente fica até chocado de ver.

KAREN: Tem certas coisas que tu dá o teu tom, personalismo no teu procedimento. Tem coisas que tu não aprende na faculdade, às vezes fazem parte de ti. Isso aí tu traz contigo. (GF1)

Na concepção dos participantes, a competência profissional depende tanto de exigências externas quanto internas. Além do saber e do saber fazer bem, também os valores pessoais constituem a competência do aluno e do futuro profissional. Esta concepção encontra respaldo em Rey (2002, p.25), posição que compartilho, quando afirma que “é na exterioridade que se define a competência e, ao mesmo tempo, ela é a postulação de um poder interno”. De forma indissolúvel, a competência é uma visibilidade total tanto quanto um segredo inacessível guardado no lugar mais oculto do sujeito. Essa qualidade íntima do sujeito, contudo, é suficientemente objetiva para que haja o reconhecimento social, uma vez que a pessoa competente é publicamente reconhecida como tal. Nesse sentido, o termo competência sugere, concomitantemente, o visível e o oculto, o externo e o interno, aquilo que numa ação é mais padronizado, como também aquilo que parece mais intrínseco à pessoa, e assim o mais singular.

5.1.2 Atributos da competência

A pessoa ou profissional competente possui alguns atributos característicos. No decorrer dos encontros, foram sendo referidos atributos da competência do enfermeiro e acrescidos outros para caracterizar o docente de enfermagem competente.

Um dos atributos citados com certa frequência pelos participantes do grupo foi a responsabilidade. A honestidade, a justiça e estar aberto a novas aprendizagens foram também mencionados. Buscar o autoconhecimento e adquirir autocontrole para agir em situações que

envolvam relações interpessoais e requeiram liderança da equipe de enfermagem foram outros atributos apontados, como indica a seguinte transcrição:

LUIS: Agora, desenvolver como pessoa, a maneira de chegar na pessoa e falar algo pra ela, e de como agir com ela em uma determinada situação, exige autoconhecimento e autocontrole. (GF1)

Esses atributos mencionados para o profissional competente coincidem com aqueles encontrados na literatura como características ideais para um pensador crítico (FACIONE e FACIONE, 1996; CASE, 1998; LIMA e CASSIANI, 2000). Esta relação evidenciada corrobora a importância de o enfermeiro desenvolver o pensamento crítico, desde a sua formação, como atributo fundamental da competência.

Da mesma forma como certas características foram unânimes na representação da competência, outras geraram polêmica. O rigor moral foi apontado como um atributo ainda presente na enfermagem, associado historicamente ao trabalho de Florence Nightingale ao recrutar enfermeiras. A postura diante do paciente tem sido outra característica considerada importante. Uma das participantes relatou que a sua atitude “alegre” em campo de estágio foi avaliada pela professora como representativa de incompetência, gerando inconformidade no grupo. Alguns colegas manifestaram indignação por entender que o bom humor propicia uma ótima relação com a equipe e motiva os funcionários. Outra integrante, porém, complementou expressando que na sua opinião existe um momento certo para as atitudes. Sendo assim, mostrar-se sorridente com a equipe na hora do cafezinho é adequado, mas com o paciente é um exagero.

Essa questão traz à tona o elemento subjetividade ao considerar certos atributos da competência e, conseqüentemente, de determinados critérios contidos nas avaliações realizadas por alguns professores, conforme fica evidenciado na discussão que segue:

BELA: (...) vai muito da pessoa que está fazendo essa avaliação, da história dela, de como é a formação dela. Então, pra ela aquilo é correto, não mostrar os dentes, ter uma postura rígida e firme perante a equipe, então ela vai te avaliar conforme aqueles preceitos que ela tem.

ANA: Assim como tem professores que exigem que a gente ande com batom, muito bem arrumada, tem professores que te exigem ao contrário.

PAULO: Mas aí eu acho que a competência fica muito subjetiva de quem te avalia. (GF2)

Embora a subjetividade da avaliação tenha sido apontada criticamente na formação acadêmica, houve o reconhecimento de que há professores que privilegiam os sentimentos e

as emoções dos alunos. Nesse sentido, foram mencionados como atributos do professor competente dar apoio emocional ao aluno, especialmente na primeira vez que ele realiza determinada atividade ou cuidado, além de orientá-lo individualmente e oferecer-lhe *feedback* após uma atividade de ensino-aprendizagem.

A formação de um futuro enfermeiro competente pode ser facilitada por algumas atitudes do docente. Motivar o aluno, acreditar na sua capacidade e auxiliá-lo a desenvolver suas potencialidades foram arrolados. Realizar críticas construtivas que levem o aluno a refletir sobre seus erros sem, contudo, diminuir sua auto-estima foi outro atributo citado como característico de um docente facilitador da aprendizagem.

É possível identificar vários desses atributos apontados pelos discentes no inventário das competências proposto por Perrenoud (2000) no intuito de contribuir para o redelineamento da atividade docente. Ele defende, por exemplo, que o docente administre a progressão das aprendizagens. Não de uma forma clássica, praticando uma pedagogia frontal ao utilizar regularmente provas escritas em que avisa aos alunos que apresentam dificuldade sobre uma possível reprovação. Ele sustenta, sim, uma prática mais inovadora, em que os alunos sejam observados e avaliados em situações de aprendizagem, de acordo com uma abordagem formativa, que sejam feitos balanços periódicos de competências visando à tomada de decisões sobre as suas progressões. Dentre outros tantos exemplos, defende que o professor envolva os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho, suscitando o desejo de aprender, explicitando a relação com o saber e desenvolvendo no aluno a capacidade de auto-avaliação.

5.1.3 Dimensões de competência

No decorrer das sessões grupais, foi possível identificar várias dimensões que concorrem para definir a competência profissional. As dimensões que emergiram dos debates foram assim denominadas: técnico-científica, humanística, comunicativa, educacional e relacionamento interpessoal. Estas dimensões não devem ser compreendidas como territórios cujos limites são precisos e estanques, e sim como uma delimitação mais organizacional e, por vezes, ideológica.

A *dimensão técnico-científica* de competência, já explicitada no resultado das entrevistas, pode ser entendida neste estudo como a realização de procedimentos de enfermagem que visem à solução dos problemas físicos do paciente. Esta foi a primeira e a

mais debatida nos encontros. Inicialmente, foi associada apenas à destreza manual, em que a realização de uma técnica bem feita exigiria a sua repetição, se daria com a experiência. Ao serem questionados os demais participantes do grupo, outra visão foi manifestada. Para alguns o saber fazer está intimamente relacionado ao saber científico. Assim, a dimensão técnico-científica de competência se dá na realização de um procedimento fundamentado cientificamente e contextualizado àquela situação, como expresso na transcrição que segue:

ANA: Eu acho que o saber técnico é essa competência de saber fazer não só o procedimento, mas saber o porque tu estás fazendo, não fica só no procedimento em si, mas envolve toda a questão científica, a teoria (...). (GF2)

Na continuidade dos debates, a dimensão técnico-científica passou a ser considerada a própria competência profissional, numa dimensão mais ampla e complexa, incluindo o cuidado ao paciente e à família, a liderança de equipe e até o gerenciamento de uma unidade ou de um posto de saúde. Esta visão foi associada à sua formação acadêmica, em que nos primeiros semestres do curso de graduação é dada ênfase à dimensão técnico-científica, e apenas ao final do curso o aluno tem uma visão mais ampla da profissão. Esta mesma participante, contudo, repensou suas concepções e concluiu que *a competência técnica é saber fazer bem os procedimentos* (Ana, GF2)

Percebe-se uma ambigüidade quanto ao entendimento da dimensão técnico-científica de competência. Para alguns ela se restringe à realização de um procedimento, com destreza manual e observando os preceitos científicos relativos à prevenção de infecções. Esta concepção, em que a técnica é vista de forma dissociada do cuidado ao paciente, evidencia uma postura de fragmentação e reducionista. Ela é criticada por colegas que buscam superá-la e compreendem a técnica inserida num contexto de cuidado, onde o ser humano apresenta desejos, valores e cultura que poderá influenciar a forma como a técnica será realizada e as razões da sua implementação naquele paciente.

Essas ponderações apresentam respaldo em Rios (2001), que afirma ser na ação que a competência se revela, pois é no fazer que se traduz o domínio dos saberes, envolvendo um posicionamento diante do que se considera como necessário e desejável. A garantia de uma ação competente, contudo, só ocorre na articulação da dimensão técnica com as demais dimensões, visão com a qual concordo. A qualidade do saber, assim como a direção do poder e do querer são fundamentais no saber fazer bem.

A *dimensão humanística* de competência compreende, na presente investigação, a expressividade no cuidado ao ser humano, incluindo a ética, a estética e a cultura.

Os *aspectos éticos* que permeiam a competência marcaram presença ao longo dos quatro encontros. A ética é entendida por alguns como um componente da competência, e para outro participante como elemento mediador das ações protagonizadas na vida pessoal e profissional. A honestidade e a sinceridade foram atributos referidos nesse sentido, como ilustra a transcrição a seguir:

ANA: Uma coisa é a questão da honestidade, da pessoa ser sincera no que está fazendo. Porque não adianta tu teres alto conhecimento teórico, saber fazer tudo bem (...) só que na verdade, sei lá, tu está com terceiras intenções. Eu acho que esta questão da sinceridade no trabalho é um dos aspectos que deve ser considerado na questão de competência.

PAULO: De ética. (GF1)

A visão que os participantes exteriorizam acerca da ética está mais voltada à moral. De forma sucinta Alfaro-LeFevre (1996) explicita a pequena diferença entre as expressões “raciocínio moral” e “raciocínio ético” que são, muitas vezes, empregadas na vida corrente indistintamente. O raciocínio moral refere-se ao julgamento do certo e errado a partir de padrões pessoais. Já o raciocínio ético é relativo a julgamentos fundamentados em padrões decorrentes do estudo de escolhas morais específicas feitas pelas pessoas em suas relações com os outros. Desta forma, nem sempre a moral e a ética são correspondentes.

Embora a citação anterior evidencie uma confusão conceitual, frequentemente cometida, ao longo dos debates foram valorizados os aspectos éticos envolvidos no cuidado ao paciente e sua estreita vinculação com a competência profissional.

Ao defender a docência da melhor qualidade, Rios também explicita a ética na articulação das dimensões do docente competente. Segundo a autora, a dimensão ética “diz respeito à orientação da ação, fundada no princípio do respeito e da solidariedade, na direção da realização de um bem coletivo” (2001, p.108).

Incluídos na dimensão humanística, situam-se os *aspectos culturais*, que foram pouco explorados nos debates e mesclados a questões éticas. A preocupação com aspectos culturais foi externada da perspectiva profissional, na forma como ele reage diante de uma situação cultural conflitante com os seus valores, para que ele desenvolva esta dimensão de competência, conforme contido na transcrição a seguir:

ANA: Tem pessoas de religiões que não aceitam transfusões de sangue, a gente sempre pensa do lado do paciente. O paciente tem que ser respeitado e tal, mas a gente, não sei como é que funciona. Mas quando um profissional de determinada religião está trabalhando em determinada instituição, como ele trabalha essas questões culturais dele pra ser competente? Ele tem que, na verdade, conviver com aquilo diariamente, realizar um procedimento que ele não aceitaria que fosse feito nem nele, nem nos seus familiares e, no entanto, para ser competente naquela instituição ele tem que aceitar que aquilo seja feito. (GF2)

Na percepção de Willis (1999), pautada na argumentação de Lynch e Hanson, a competência cultural vai sendo adquirida paulatinamente, e pode-se dizer que é atingida quando nas interações ocorrer uma combinação de tolerância, inclusão e apreciação de uma pessoa com as expectativas, valores e crenças do outro. Nesse sentido, a partir da transcrição anterior, é possível afirmar que esteja sendo percebida a relevância desta dimensão, mesmo que ainda não tenha sido alcançada.

O *relacionamento interpessoal* é apontado pelo grupo como outra dimensão de competência, importante tanto entre os profissionais quanto na relação enfermeiro-paciente. Provavelmente pelo estágio de formação em que se encontra a maioria dos participantes do grupo focal, cursando a disciplina de Administração em Enfermagem, as relações interpessoais na liderança da equipe foram bastante enfatizadas. Esta dimensão, ao ser comparada à dimensão técnica, foi considerada mais desgastante, exigindo auto-conhecimento e autocontrole do líder para coordenar o trabalho do grupo de forma harmônica, tentando minimizar atritos e valorizando as potencialidades de cada um em particular. A conversação a seguir ilustra esta visão:

KAREN: (...) no aspecto de competência, pra mim é primordial saber coordenar a equipe de enfermagem, ter um bom relacionamento entre as pessoas, eu acho que isso é a tarefa mais difícil da gente.

LUIS: Eu acho que a gente passa muito tempo durante a graduação, como se o ideal de competência fosse tu realizares uma sondagem bem feita e pegar toda a veia que aparecer na tua frente. E a gente se dá conta depois que o trabalho em equipe, na própria administração, que na realidade a parte de relações humanas é que te exige uma competência muito maior, tu saber liderar uma equipe, coordenar um trabalho dentro dela, divisão de tarefas e as demais atribuições que a gente tem vão te exigir uma maior competência. Uma maior competência não, mas uma outra dimensão da competência, eu diria que é um pouco mais desgastante. Porque a parte técnica é tu sozinho, tu não depende do outro que vai lá fazer pra ti alguma coisa que tu pediste pra ele fazer. (GF1)

As relações interpessoais são imprescindíveis numa profissão que lida com o ser humano. Manzolli (1983) já afirmava que o relacionamento é o cerne da própria profissão, ocupando lugar bastante elevado na sua escala de valores. Subsidiando esta dimensão, encontra-se a Psicologia. Busca-se uma relação interpessoal flexível, horizontal e democrática, cujas

práticas tradicionais, como a rígida disciplina, dêem lugar a um relacionamento mais participante e mais afetivo, em que prevaleça o respeito ao outro.

A liderança, aspecto tão enfatizado pelos discentes, está contemplada como uma competência geral no atual Projeto Pedagógico da Universidade em estudo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2001). O referido documento expõe que o enfermeiro deve estar apto a desempenhar o papel de liderança não só na equipe de enfermagem, como também na equipe multiprofissional, numa relação que envolva compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade na tomada de decisão e eficácia na resolutividade dos problemas.

Sem dúvida esta dimensão é audaciosa e envolve comprometimento da enfermeira com os demais profissionais da saúde de nível médio e superior, exigindo formação dos docentes para o desenvolvimento de tais habilidades no aluno.

Em estreita relação com a dimensão anterior, está a *dimensão comunicativa*. Nesta investigação a mesma compreende aspectos da comunicação verbal, não-verbal, escrita e computacional. A comunicação consiste em um dos instrumentos básicos no cuidado humano abordada em diversas publicações de enfermagem sob distintas perspectivas (SILVA, 1996; JÚNIOR e MATHEUS, 1996; ANDERSON, 2000).

A *comunicação verbal* entre o profissional e o paciente, assim como entre os membros das equipes de enfermagem e de saúde foi outro elemento evocado nas discussões acerca da competência profissional. A proximidade da enfermagem, possibilitada diuturnamente pela divisão do trabalho, tem favorecido o contato face-a-face com os pacientes e a interação efetiva entre eles. Esta aproximação e entendimento enfermeira-paciente é ressaltada por alguns participantes, que reforçam a diferença do caráter comunicativo existente nas relações médico-paciente. A citação a seguir reflete esta dimensão:

LINA: Eu vivenciei um caso no meu estágio. O paciente se queixou que estava com dor no ombro, e disse que o residente chegou a comentar com ele que ia tirar o cateter central por causa dessa dor. Aí eu perguntei: 'o senhor tem certeza que ele falou bem assim, vamos tirar o cateter do ombro?' É. Ele disse que essa dor pode ser uma inflamação e essa inflamação pode ser do cateter. Daí eu fui conversar com o residente pra ver o que realmente ele tinha dito. Ele tinha dito que nós íamos ter que trocar o curativo do cateter, e que a dor no ombro podia ser de dormir de mau jeito. (...) Eu voltei lá e expliquei tudo pra ele: não, o senhor entendeu mal, não é bem assim. Mas a gente influencia bastante, é a falta de comunicação. (GF2)

A comunicação adequada nas instituições hospitalares, segundo Silva (1996), é aquela que busca diminuir conflitos, mal-entendidos e alcançar objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes. A comunicação efetiva é bidirecional, portanto é necessário que haja resposta e validação das mensagens ocorridas, por meio de palavras faladas e escritas, de gestos, expressões faciais e corporais. Baseada nessa argumentação, a autora denomina esse processo de comunicação interpessoal.

A *comunicação computacional* presente na atualidade nos contextos educacional e de saúde não tem sido contemplada em obras que tratam da comunicação na enfermagem. Ela é encarada com naturalidade pelos participantes, todos adultos jovens, que se auto-denominam “geração que já nasceu computadorizada” e expressam facilidade em operar o sistema informatizado. Apesar disso, uma das participantes, ao assumir como porta-voz do grupo a que pertence, informou que algumas colegas apresentam dificuldade e demonstram temor em acessar o sistema.

BELA: Tinha umas colegas minhas que não tiveram tanta facilidade. Tu tens vinte e quatro anos. As minhas colegas tinham 26 e tinham pânico de sentar na frente do computador e de escrever. Tinha que sempre alguém ficar junto com elas dizendo: ‘Ó tu entra aqui, depois tu vai ali.’ Dificuldades imensas, sabe? E isso que ela é da minha geração. Daí, eu fico imaginando as dificuldades de pessoas que não tinham essa convivência com o computador como a gente tem, como as enfermeiras antigas. (GF4)

Na enfermagem os computadores têm sido considerados ferramentas de comunicação e de cuidado ao paciente, embora com o dinamismo da interatividade mútua proporcionado pela internet, que tem inclusive alterado as formas de relação entre as pessoas, mostrem que essa visão está sendo superada. Eles têm sido responsáveis por mudanças em vários aspectos da enfermagem, que por sua vez tem buscado aliar conhecimentos da ciência da informação e da computação na área administrativa, na pesquisa, na educação e na assistência.

A linguagem digital de apreensão de conhecimentos ocorre no espaço dos novos equipamentos eletrônicos de comunicação e informação. Com isso a diversidade das novas tecnologias exige também novos comportamentos de aprendizagem, uma vez que representa um outro momento, revolucionário, na forma de o homem pensar e compreender.

Com a introdução do prontuário eletrônico do paciente no HCPA e a informatização dos registros de enfermagem, esta dimensão se fez indispensável no desenvolvimento da competência dos profissionais que lá atuam e daqueles que estão sendo formados dentro desta Instituição. Evora (1995) e Marin (1998) já vêm alertando sobre o valor destes registros nas

atividades da enfermeira, sob pena de não ter o seu trabalho conhecido, bem como reconhecida a importância do cuidado que presta ao paciente.

A familiarização com as novas tecnologias de comunicação e informação é vital para que se obtenha o máximo proveito. Embora na modalidade eletiva, o atual currículo de enfermagem da Universidade em estudo oferece a disciplina “Sistemas de Informação em Enfermagem”, com 3 créditos.

A **dimensão educacional** foi outro componente essencial da competência da enfermeira mencionado nos debates, como expressa a fala a seguir:

ANA: Uma das competências é a questão educacional. Eu acho que se o paciente está com dúvida, não entendeu bem e foi orientado, é uma das nossas funções de orientar, eu acho que entra dentro da competência profissional. Isso é o que a gente mais faz. Tanto da família, às vezes eles têm vergonha de perguntar para o médico de novo, dizer que não entenderam, e dizem que a gente explica direitinho. (GF2)

A enfermeira, como educadora para a saúde, visa a auxiliar o paciente/cliente na adoção de métodos e recursos para obtenção de hábitos, comportamentos e atitudes direcionadas a uma existência saudável (ALMEIDA, 1992). García, Saéz e Escarbajal, citados por Gorini (2000), afirmam que a Educação para a Saúde reside na organização dos processos de aprendizagem capazes de auxiliar as pessoas e suas comunidades *a saber ser e saber eleger o melhor*, almejando sua autonomia. Desse modo, é fundamental que na dimensão educacional o princípio norteador da enfermeira seja a obtenção do auto-cuidado.

Após discutirem quase duas sessões sobre suas concepções de competência, os participantes afirmaram que a primeira conclusão consensual do grupo consistia no reconhecimento do quanto é difícil ser competente. É difícil descrever as ações realizadas e atitudes tomadas e refletir acerca das suas razões.

5.2 COMPETÊNCIA: PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

De acordo com Perrenoud (1999, p.24), uma competência “orquestra um conjunto de esquemas”, sendo que um esquema é uma totalidade em si, que sustenta uma ação única. Já uma competência com certa complexidade abrange distintos esquemas de percepção,

pensamento, avaliação e ação que dão suporte, por exemplo, ao estabelecimento de um diagnóstico a partir de um conjunto de indicadores.

Ao relacionar as concepções de competência ao processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, foi possível vislumbrar aspectos abordando a *Relação com o saber/conhecimentos*, *Estratégias de ensino-aprendizagem* e *Contexto institucional do curso* nas falas dos participantes do grupo focal, corroborando as categorias oriundas das entrevistas individuais. A seguir, discorro sobre elas.

5.2.1 Relação com os saberes / conhecimentos

Perrenoud chama competência ao “conjunto dos recursos que mobilizamos para agir” (2001a, p.20). Os saberes ou conhecimentos, termos empregados pelo autor e adotados nesta investigação com o mesmo sentido, fazem parte destes recursos, embora não os esgotem. Esta categoria aborda as concepções dos discentes acerca dos saberes, destacando a ênfase que é dada no ensino ao saber técnico. A postura de alguns alunos diante do saber específico do diagnóstico de enfermagem evidencia certa ambigüidade, ora posicionando-se contrários e ora a favor deste conhecimento. Com o avançar dos debates, fica fortalecida a idéia de que para diagnosticar em enfermagem é suficiente o desenvolvimento da dimensão técnico-científica de competência, ou seja, direcionada aos aspectos físicos do paciente. Contudo, é a dimensão humanística que possibilita elaborar diagnósticos de enfermagem individualizados, extrapolando aqueles que são comuns aos pacientes em semelhante situação clínica.

Os debates dos discentes revelam visões contraditórias acerca dos saberes abordados na sua formação, recaindo no papel do docente. Por um lado, é afirmado que o ensino de enfermagem dedica-se em demasia à questão da técnica, e no entendimento de alguns é dada ênfase excessiva a aspectos de “hotelaria” com os quais não precisaria “perder tanto tempo”, já que cabe ao auxiliar de enfermagem executar as tarefas, como a arrumação do leito. Embora uma das participantes argumente que a técnica tem sua razão de ser, fundamentando cientificamente a ação, e que é preciso saber fazer para supervisionar o trabalho da equipe sob sua coordenação, não houve posicionamento contrapondo o tempo exagerado destinado às técnicas.

Por outro lado, foi comentado que os docentes são pensadores, teorizam muito, mas estão distanciados da prática cotidiana hospitalar. Conseqüentemente, vão ficando desatualizados.

Esta situação é associada à introdução do diagnóstico de enfermagem no HCPA, em que a participação do docente está sendo pouco expressiva, restringindo-se mais a teorizar sobre o tema, como mostra o diálogo a seguir:

LUIS: (...)Eu vejo que uma coisa é tu ficares teorizando: 'Ah! Diagnóstico tal, se o paciente apresenta tal e tal coisa', outra coisa é tu estares ali no dia-a-dia. Eu acho que isso aí contribui também sabe, porque grande parte dos doutores que falam no diagnóstico nunca viram no hospital. E essa falta de prática do docente de trabalhar com a assistência, não ficar só na docência. Tu tá longe de um andar (unidade de internação), querendo ou não tu vai desaprendendo, ficando meio desatualizado.

PAULO: Mas a docência seria estar no hospital, o problema é quando só vai dar aquela palestra, lá no anfiteatro. Não que o docente não saiba. Ele é enfermeiro. Eu acho que ele tem que estar mais perto da realidade do serviço. Não dá pra dizer que um professor não sabe punccionar. Talvez um enfermeiro no campo saiba punccionar mais, mas eu acho que tem que saber exatamente o que acontece. Será que tudo que eles preconizam para o diagnóstico lá dá pra implementar aqui em função do tempo? Nesse sentido. (GF3)

O distanciamento teoria-prática que o professor vem enfrentando com o passar dos anos na docência é amplamente debatido e criticado pelos participantes, que o visualizam como falta de competência para exercer um ensino contextualizado. Este é também o entendimento do educador Peter Jarvis, citado por Milligan (1998), que descreve competência como a integração bem sucedida de teoria e prática.

É fundamental diferenciar a dimensão técnico-científica de competência, que alia o saber ao saber fazer, daquela dimensão tecnicista, voltada exclusivamente ao desempenho do procedimento, isolada das demais dimensões e do saber científico que a fundamentam. Nesse sentido, alguns participantes denunciam o ensino das técnicas dissociado de sua fundamentação, do saber fazer desarticulado do saber. Esta constatação vai de encontro à concepção da dimensão técnico-científica de competência, defendida pelos participantes do grupo focal, em momento anterior.

LUIS: Eu sinto uma preocupação dos professores com a técnica em si, com o procedimento. Tem que estar estéril, mas não se preocupam porque ele está fazendo ou quais as implicações que ele pode vir a ter, digamos, com a própria técnica em si em decorrência da maneira como eu venha a realizar. Eu vejo muito a preocupação no fazer, mas não pra parar e pensar o porquê que está sendo realizado tal tipo de procedimento ou porque nós vamos passar uma sonda agora e não vamos passar mais em decorrência do quadro que o paciente está apresentando. Um caso clássico que eu gosto muito de ver é a instalação de PVC. Vai lá o professor e os alunos junto instalarem uma PVC. Temos que medir tanto, é um terço, cálculos, régua. Então tá! É assim, enche de sorinho aqui. Tá, mas para que a PVC? Ah! Pra ver valores hemodinâmicos. Tá, mas e o que são as questões hemodinâmicas do paciente, mas pra quê? Não, aí pára ali, acabou a aula. Eu não sei até onde fica uma reprodução, que contribui para a sociedade ver a nossa profissão como uma profissão que realmente é só de

uma mão na massa. Perdeu o acesso (venoso), vai buscar acesso. Tem que fazer tantas sondagens. (GF4-p5)

Essas afirmações corroboram os resultados de vários estudos relativos ao saber da enfermagem e da sua reprodução no processo educativo do futuro profissional (ALMEIDA e ROCHA, 1989; PASKULIN, 1998), ainda presentes no início do século XXI. A ênfase na técnica, especialmente numa visão tecnicista, expõe aspectos de inadequação na formação voltada para a competência, e nas Diretrizes Curriculares⁹ Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, cujo projeto pedagógico (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2001) prevê o desenvolvimento de um profissional crítico e reflexivo, instrumentalizado nas competências técnico-científicas, na ética da estética e bioética, na contextualização social, política e educativa.

As discussões abarcaram as concepções dos discentes em relação ao conhecimento específico dos diagnósticos de enfermagem, revelando ambigüidades e posturas dialéticas.

O diagnóstico de enfermagem é visto como um novo caminho e um desafio profissional. É uma tentativa de ampliar o campo de ação e melhor justificar as condutas de enfermagem, de dar cientificidade e fortalecer o papel da enfermeira, embora para alguns participantes ele não esteja cumprindo este objetivo, uma vez que a enfermagem não é uma ciência, mas oriunda de várias ciências. “Falar a mesma linguagem” é dito quase em uníssono como uma lição bem aprendida quanto à justificativa para a construção de uma taxonomia de diagnósticos. E tornar-se uma terminologia universal para a profissão é encarado com empolgação. Além de uniformizar, a construção dos diagnósticos de enfermagem tem por objetivo, ainda, possibilitar a codificação e a mensuração das ações. É considerado algo novo e confuso tanto para professores e alunos, sendo que somente um grupo seletivo de pessoas está estudando mais aprofundadamente este tema.

Essa opinião, contudo, é rebatida por um dos participantes, ao argumentar que o diagnóstico não trouxe condutas novas, pois as intervenções de enfermagem eram preexistentes à introdução do diagnóstico na instituição. Os diagnósticos de enfermagem levam a cuidados já anteriormente realizados, sendo que sua validade estaria na contribuição

⁹ Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação/MEC, publicada no DOU nº 215, de 9 de novembro de 2001.

com novas maneiras de cuidar. Atualmente, porém, ele tem sido utilizado inúmeras vezes de forma inversa, identificado a partir do cuidado preexistente.

Um dos membros do grupo focal defende que a linguagem deveria ser a mesma a toda a equipe de saúde, pois a criação de uma linguagem diferenciada para cada profissão produzirá segregação na equipe multidisciplinar, e não a almejada integração, refletida assim na dimensão de relacionamento interpessoal de competência. Esta opinião é compartilhada por outro participante, que considera complicado criar uma linguagem diferente, mais extensa e que por isso despende mais tempo, para uma situação conhecida com denominação reconhecida entre os profissionais de saúde, como ilustra a seguinte citação:

LUIS: (...) se eu sei que ele tem hipertensão e eu digo: 'olha, paciente tem hipertensão', tu já sabes praticamente o que tu quase sempre dás para aquele paciente. Tem que cuidar com os hipotensores, tem que ver a pressão desse paciente com mais regularidade. Tem que ficar mais atento a isso ou aquilo. Eu acho assim, a gente criar uma linguagem diferente para atuar numa coisa que a gente já atuava, é meio complicado. (GF2)

A mesma posição é assumida por Waldow (1998), quando faz severas críticas ao Processo de Enfermagem. Para ela, embora seja considerado um avanço na profissão, não passa de uma cópia da atividade médica, que padroniza e rotiniza o cuidar. Pretensamente holístico, o Processo de Enfermagem se caracteriza como uma atividade reducionista e prescritiva que dificilmente na prática englobará a pessoa como um todo, uma vez que as ações desenvolvem-se em função da terapêutica ou da patologia. Por vezes procura-se dar um novo nome, não tão explícito, que encaixe a um problema ou desvio nas funções e/ou comportamento do paciente, e que já possui um diagnóstico definido, denominando-o erroneamente diagnóstico de enfermagem.

Contrária a esse posicionamento, penso ser um equívoco vincular o Processo e os diagnósticos de enfermagem à terapêutica ou à patologia do paciente. Conceitualmente, sua proposta é justamente o inverso, valorizar o cuidado que é prestado pela equipe de enfermagem, centrando-o nas respostas do paciente a seus problemas de saúde. Não significa desconhecer sua patologia, mas percebê-lo na sua singularidade, na sua forma de ser e agir diante de um processo que pode ser patológico ou inerente ao seu viver e que, portanto, não configura um diagnóstico médico com uma denominação camuflada. O que se busca com os diagnósticos de enfermagem é ampliar ao máximo a visão que se tem do paciente, mesmo reconhecendo que a linguagem é um limite imposto na promulgação de fenômenos complexos, contudo necessário.

É este também o posicionamento de uma participante que considera o diagnóstico de enfermagem distintamente do diagnóstico médico, por ser mais abrangente e favorecer o cuidado individualizado, humanizado e holístico, a partir da estrutura teórica eleita para a construção dos diagnósticos de enfermagem informatizados, o das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (HORTA, 1979; BENEDET e BUB, 1998). Supostamente, essas necessidades podem ser correlacionadas às dimensões de competência que tenho defendido nesta investigação. Por aproximação, as necessidades psicobiológicas estariam englobadas na dimensão técnico-científica, enquanto as psicossociais e as psicoespirituais poderiam estar vinculadas à dimensão humanística de competência. A citação a seguir expressa a sua fala:

BELA: Eu penso que o diagnóstico veio pra dar uma mexida nesse nosso fazer cotidiano, nos cuidados que a gente já vinha fazendo. Aquilo lá, de níveis tensionais, que tem que cuidar a pressão, o hipotensor, a gente vem fazendo desde a Florence, muito antes dela. O cuidado já existe desde que estão na Terra. O diagnóstico, eu encaro ele assim, vai ser esse instrumento do cuidado em qualidade, humanizado ao paciente. Porque o nosso diagnóstico é bem holístico, apesar das divisões que ele tem, que aqui no hospital é o modelo da Wanda Horta, é psicossocial, psicoespiritual, e o fisiológico e o biológico. É fragmentado, mas ele abrange muito mais o ser humano do que se a gente for pegar um diagnóstico médico. (GF2)

Aqueles que contestam a visão anteriormente defendida agregam nova argumentação afirmando que a grande maioria dos diagnósticos pertence às necessidades psicobiológicas. Desconhecem existir diagnósticos das necessidades psicoespirituais e psicossociais, embora alguns deles privilegiem aspectos emocionais. Pensam ser utópico e ilusório que a enfermeira, na realidade cotidiana hospitalar, em que tem vários pacientes sob sua responsabilidade, consiga ver outros aspectos além daqueles que levaram o paciente à internação, geralmente relacionados a problemas físicos. Esta opinião é ilustrada por uma das participantes que realiza estágio curricular na unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO), como segue:

LINA: Isso eu critiquei no meu trabalho. O distúrbio na auto-imagem é uma coisa cem por cento no TMO. O paciente fica careca e emagrece tomando corticóide. E se tu pedes pra imprimir os diagnósticos dos pacientes não tem. Porque elas não conseguem prescrever cuidados pra esse diagnóstico, ainda, porque não tem no sistema do hospital. Já tem o diagnóstico, mas não tem os cuidados. E aí a prescrição não sai, aí não aparece. Tu até vê, até identifica que tem esse problema, mas tu não está botando no papel. (GF2)

É preciso lembrar que a informatização do Processo de Enfermagem no HCPA está ocorrendo de forma gradativa e contínua em constante construção, como a própria taxonomia da NANDA o é. De fato os diagnósticos de enfermagem e respectivas prescrições inicialmente introduzidos no sistema situam-se principalmente nas necessidades psicobiológicas, confirmando a sua identificação com a dimensão técnico-científica, como temos visto até então. Os diagnósticos e intervenções das necessidades psicossociais e

psicoespirituais são ainda escassos, não só no sistema do hospital como na taxonomia utilizada. Segundo Waldow (1998), as intervenções de ordem social e psicológica, acrescento as de ordem espiritual, são usualmente vagas, ficando a critério do membro da equipe implementá-la da forma como lhe convém ou lhe pareça mais adequada. Isso revela o quanto, ainda, precisamos desenvolver essas dimensões para nos considerarmos profissionais competentes.

Os participantes comentam que muito se fala sobre a importância de entender o outro, presente na dimensão comunicativa e de relacionamento interpessoal. Contudo, não se percebe uma tentativa de nos entenderem, de compreenderem a nossa linguagem, dizem eles. Cada profissão tem buscado uma linguagem que reflita o seu campo de atuação. A psicologia tem os psicodiagnósticos, e a nutrição provavelmente seguirá o mesmo caminho.

A carência de uma linguagem própria para a profissão e a necessidade de um sistema de classificação que reflita a prática profissional e possibilite a sua informatização tem sido evidenciada em outras áreas da saúde. Para ilustrar, Leake, Main e Sabbah (1999) desenvolveram no Canadá um sistema de códigos diagnósticos odontológicos com quatro dígitos. Eles afirmam que os pacientes têm sido classificados pela natureza do seu tratamento, e não por seu diagnóstico, sendo que os diagnósticos odontológicos não são escritos na maioria dos registros do paciente. Embora o Código Internacional das Doenças (CID) contemple condições orais, esta nomenclatura foi considerada inconsistente diante do entendimento corrente na área. Em 1997-98, os autores implementaram o sistema proposto, alcançando um alto índice de uso e tornando mais acessível a sua informatização. Semelhante à enfermagem, este sistema deverá ser ampliado com a colaboração de um maior número de profissionais.

Outro exemplo da situação anteriormente mencionada refere-se ao fisioterapeuta brasileiro. Foi registrado, em cartório de Belo Horizonte, um novo Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos (1998) que dá origem a uma relação de códigos, com a descrição da atividade e o respectivo valor financeiro. Embora constem como objetivos “construir o diagnóstico e o prognóstico cinético-funcional,...” (p.25), a descrição relacionada não consiste em um sistema de classificação, mas parece ser uma forma de uniformização com fins de regular a remuneração da categoria, legitimando a autoridade da própria profissão.

Os conhecimentos ou saberes consistem em representações que aspiram à verdade, à objetividade e à exatidão. Com algum distanciamento histórico, é possível perceber que os conhecimentos adquiridos pela maioria dos contemporâneos variam entre as sociedades ou em diferentes épocas. São raros os conhecimentos considerados válidos de forma unânime. Assim sendo, em torno de conhecimentos dito fundamentados, existem aqueles controversos, postos em dúvida, em vias de serem retificados ou abandonados; ou conhecimentos emergentes, ainda não confirmados. Uma sociedade é um campo de força onde se defrontam representações contraditórias que almejam ao *status* de conhecimentos verdadeiros (PERRENOUD, 2001). Diante do exposto, é possível considerar o diagnóstico de enfermagem como um exemplo dos conhecimentos controversos, e a sociedade de enfermagem, ou parte dela, luta por seu reconhecimento.

Para alguns participantes, a implantação do diagnóstico de enfermagem na nossa realidade provavelmente será um processo longo, pois é complexo e exige estudo. Se for adotado de forma séria e comprometida, ele contribuirá para o engrandecimento da profissão.

Gradativamente, os integrantes do grupo que “não conseguiam enxergar uma boa razão para a existência de diagnósticos de enfermagem”, passaram a apontar algumas vantagens para o seu estudo. As opiniões relatadas, porém, possibilitam identificar concepções contraditórias acerca dos fundamentos que regem a sua proposta. É dito por alguns que a transformação do diagnóstico médico em diagnóstico de enfermagem obriga e estimula estudar semiologia, clínica, e tudo “do porquê do diagnóstico”, levando a um aprofundamento do “modelo biomédico”. De fato, diagnosticar em enfermagem requer muito estudo, não só das ciências biológicas quanto das ciências humanas e sociais que embasam o cuidado em enfermagem, mas numa visão humanista e não mais no modelo biomédico.

Voltando à discussão da defesa de uma linguagem única para todos os profissionais da saúde em benefício do paciente, que é o mesmo, a luta deveria ser direcionada para acrescentar condutas que pertencem à enfermagem e que ainda não foram incorporadas pela equipe médica. Idealmente falando, alguns participantes referem que, a partir de uma única situação, nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeiro e médico diriam: *na minha área eu tenho que fazer isto. Discute-se em conjunto, mas cada um já sabe o que vai fazer para aquele paciente.* (Luis, GF2) Trazendo para a realidade atual, outra integrante do grupo focal argumenta ser preciso, primeiramente, o entendimento entre as enfermeiras para que o

resultado desta organização interna possa efetivamente representar uma contribuição da categoria em uma equipe de saúde.

A descrição e a documentação da nossa prática profissional constituem requisito prévio para caminharmos em direção a um trabalho multidisciplinar voltado ao cuidado do paciente, que contemple um vocabulário padronizado global, visando ao seu prontuário eletrônico (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2000). O desenvolvimento de uma linguagem própria para a enfermagem possibilita o direcionamento nesta perspectiva. Embora existam algumas barreiras para a sua concretização, os avanços científicos e os argumentos já mencionados parecem mostrar que este é um caminho possível e necessário para a enfermagem.

Como um movimento reflexivo e de crescimento grupal, na terceira sessão os participantes já manifestavam acordo acerca de algumas concepções anteriormente conflitantes. A utilização do diagnóstico de enfermagem pautado no saber, decorrente do ensino, proporciona subsídios para que o enfermeiro argumente sobre as evidências clínicas que possibilitaram identificar determinado diagnóstico de enfermagem, incluindo as causas que o originaram. E, por sua vez, a implementação de um cuidado prescrito a partir deste diagnóstico pode apresentar tais resultados. Esta forma de exercer a enfermagem, segundo os participantes, possibilita trabalhar em equipe numa mesma linha hierárquica aos demais profissionais da saúde.

Outro aspecto revelado no grupo focal foram as diferentes tomadas de decisão no estabelecimento dos diagnósticos do paciente, bem como nos cuidados prescritos. A avaliação diária que cada enfermeira realiza de um mesmo paciente evidencia condutas distintas, que poderiam ser decorrentes da falta de acurácia diagnóstica.

A importância da acurácia diagnóstica, segundo Lunney et al. (2001), reside na interpretação que a enfermeira faz dos dados, que são particulares a cada paciente. Ela pode ser definida como o grau do julgamento crítico que o diagnosticador estabelece ou a interpretação dada à combinação de pistas numa situação vivenciada pelo paciente/cliente. Deste modo, a acurácia pode ser considerada uma resposta do processo interpessoal, intelectual, técnico ou perceptual.

A variação na acurácia diagnóstica indica que alguns dados do paciente foram mal interpretados ou que oportunidades para coletar os dados do paciente podem ter sido

desperdiçadas. Reflete, portanto, validade e fidedignidade. É necessário investimento de tempo, energia e até financeiro para promover e manter a alta acurácia dos diagnósticos, uma vez que ela representa a base das intervenções e dos resultados.

Alguns participantes relatam que certos cuidados são mantidos nas prescrições de enfermagem quando já não mais haveria necessidade. Tampouco são acrescentados cuidados que seriam indicados. Estas observações tendem a confirmar o despreparo de algumas enfermeiras para trabalhar com o diagnóstico e com as demais etapas do Processo de Enfermagem. Visando a minimizar esta lacuna, é sugerido trabalhar com o *Primary Nursing*¹⁰.

A verificação dos resultados, etapa de fechamento do processo, é essencial para a determinação da eficiência e eficácia do cuidado dispensado ao paciente, família ou comunidade. O despreparo do aluno e do profissional para avaliar o paciente e alterar o rumo do tratamento é alegado também à equipe médica, que possui uma história muito mais longa que a enfermagem. Novamente, uma situação relativa à enfermagem é comparada à área médica, possivelmente como forma de atenuar as próprias falhas e limitações.

O reconhecimento de que é preciso trabalhar com o processo de enfermagem para estabelecer diagnósticos leva-os a creditar a sua familiaridade com a metodologia como uma vantagem. Há o claro entendimento de que se existe cuidado é porque há diagnóstico de enfermagem. Da mesma forma, Cruz (2001) assevera não haver cuidado sem diagnóstico. Eles passam a visualizar o diagnóstico de enfermagem como uma mudança profissional cobrada pela sociedade, uma modificação que possui glamour e que fortalecerá a profissão. Nesta perspectiva, alguns assumem o compromisso de sua defesa após a vida acadêmica.

A elaboração dos diagnósticos de enfermagem é relacionada às dimensões de competência, que os próprios discentes associam a uma visão mais cartesiana ou mais abrangente.

¹⁰ Primary Nursing, também conhecido como enfermagem primária ou enfermagem principal, é um modelo de organização e aplicação de cuidados de enfermagem em que o enfermeiro principal é responsável e presta contas pela direção dos cuidados de um paciente ou grupo de clientes, favorecendo vínculos e melhorando os processos de trabalho. O enfermeiro principal realiza o Processo de Enfermagem e passa a ser reconhecido pelo paciente, familiares e equipe de saúde como referência para buscar informações, discutir condutas, etc. Na sua ausência o cuidado ao paciente/cliente é delegado a outra enfermeira que segue o plano elaborado pela enfermeira principal (MAGALHÃES e JUCHEM, 2000).

Na concepção dos participantes, diagnosticar em enfermagem compreende a competência técnico-científica. Ela envolve o saber clínico, ou seja, saber observar e avaliar o que está acontecendo no entorno do paciente, o que requer embasamento em Semiologia, Anatomia, Fisiologia e Fisiopatologia. Além das ciências básicas, incluiria o saber próprio da enfermagem, a fundamentação científica dos cuidados, e a compreensão da sua complexidade. O saber da enfermagem, entretanto, é considerado ainda muito empírico, o que na opinião de alguns limitaria o próprio raciocínio diagnóstico.

Numa visão mais ampla, o diagnóstico de enfermagem englobaria não só a base clínica, mas também aspectos sociológicos. O conhecimento do aluno é ampliado na medida em que é ensinado ou que a sua necessidade é evidenciada. O problema, na visão da Luiza, é que este conhecimento não é oferecido pelo docente, tampouco é estimulado. É externada a compreensão de que tanto o enfermeiro quanto o docente que tivesse esta visão mais holística seria outro profissional, mais competente.

Percebe-se uma postura passiva do aluno em relação à aquisição dos saberes, na mesma medida em que há o entendimento quanto à importância de uma visão abrangente na formação do profissional competente.

O aspecto legal embutido nas prescrições vinculadas a diagnósticos que o paciente não possui volta à discussão, e parece ser unânime a condenação dessa postura. A dimensão ética está intrinsecamente relacionada ao cuidado e às relações interpessoais, seja entre os profissionais seja entre o profissional e o paciente. O debate transcrito a seguir, ocorrido na quarta sessão, ilustra as concepções dos participantes, refletindo um caminhar do grupo na compreensão do diagnóstico de enfermagem e sua relação com as dimensões de competência contidas em categoria anterior.

SIMONE: Eu acho que é necessário tu teres competência pra poder prestar um bom cuidado. E um bom cuidador sabe diagnosticar, através do cuidado prestado ele sabe diagnosticar.

BELA: Eu acho que toda essa bagagem que tu tens e que a gente discutiu que fazem parte da competência, valores, isso vai influenciar na nossa formulação do diagnóstico, porque se eu sou uma pessoa que tem uma visão um pouco mais cartesiana, tudo dividido, tudo fragmentado, eu vou direcionar meus diagnósticos mais para um lado. Digamos assim, o paciente tem problemas de locomoção, de alimentação, o paciente fez uma colostomia, o paciente está com sonda vesical. Vai ser tudo bem fragmentado também. Então, na hora de selecionar os meus cuidados, eu vou em direção mais pra isso. Agora, se eu sou uma pessoa que tem aquela visão mais holística, eu vejo o homem como um todo, um ser espiritual, um ser social, um ser que tem as suas necessidades humanas, então eu vou abranger esses aspectos na formulação do meu diagnóstico. Uma coisa interessante do cuidado é que, às

vezes, numa internação, fora os problemas fisiológicos deles, limitações, tinha muitas vezes ansiedade, medo, angústia. E isso não aparecia nos cuidados de enfermagem, apoio emocional, estimular a recreação, que visasse o espiritual da pessoa. Então, se eu tenho isso como um valor, que eu também preciso, por exemplo, cuidado espiritual com essa pessoa, então isso vai me influenciar na hora da formulação do meu diagnóstico. E uma coisa que eu reparei entre os meus colegas é que isso é banido dos cuidados. Que é muitas vezes uma coisa que a enfermeira vai lá, fala um pouquinho com ele, e na cabeça dela já fez a parte dela, deu apoio emocional, mas não prescreve isso, não aparece isso como cuidado de enfermagem advindo do diagnóstico que ela formulou a partir do contato que ela teve, da interação que ela teve com o paciente.

PAULO: Eu acho que na formulação de um diagnóstico em que a etiologia é totalmente clínica, vamos pegar uma pneumonia, eu acho que isso impulsiona o diagnóstico pra casos bem clínicos. Agora, pra ti implementar esses cuidados de uma forma bem personalizada, tu acabas entrando nessas coisas de valores, de como tu vais chegar no paciente porque a tua ferramenta de trabalho é a comunicação, em tese, além das pinças e curativos. E no momento em que tu te comunicas tu tens que botar os valores em jogo, contextualizar na cultura, ser ético. Então, mesmo que a gente tenha falado tanto, que os alunos têm que saber aquela parte do conhecimento, tu tens que saber de onde é que vêm as coisas, pra mim tem, e talvez ele chegue num cuidado que talvez seja bem clínico mesmo. Mas eu acho que envolve essa parte sempre. É uma coisa intrínseca na enfermagem. Eu acho que só o momento em que tu vais implementar o cuidado, no momento em que esse paciente tem que ficar com a cabeceira elevada porque ele tem uma insuficiência respiratória grave. No momento em que tu não só prescreves isso, mas tu vais lá e tu orientas o paciente e tu pegas o travesseiro e bota nas costas dele pra que ele fique mais confortável, eu já entendi da clínica porque eu sabia que ele tinha que ficar em ortopnéia, eu contemplei aquela questão de gravidade e ao mesmo tempo eu interagi com ele, seja no toque. Então, mesmo sendo totalmente clínico e às vezes até fragmentando, não sendo tão holístico como se fala na teoria, porque às vezes a gente não é pela falta de tempo, ou até por falta de saco mesmo. Tem dia que tu não tá a fim de ser holístico. Tu tá contando pra chegar ao fim do plantão porque é do ser humano, mas eu acho que a gente tem que sempre primar pelo conhecimento e exercer a enfermagem que te exige essa questão ética, essa questão de relações humanas. São ferramentas. Tu podes usar ou não usar. Tu não foge disso. É por isso que eu não concordo com aquelas pessoas que dizem que é o cuidado pelo cuidado. Isso tudo é importante. Eu nunca desmereci isso. Mas eu acho que é um conjunto. Não dá pra ser bom só na parte cárdio-respiratória, porque para exercer ele vai ter que lançar mão das relações, de tudo. Até porque tem que ter pra lidar com aqueles casos em que a comunicação é uma das formas de trabalhar da enfermagem. Eu acho que dessa forma é que existe a grande coesão entre o que é técnica, o que é o saber científico novo nessa outra parte, sobre a cultura, sobre a ética, sobre os relacionamentos humanos.

LUIS: Se tu pegares um caso da UIO (Unidade de Internação Obstétrica), uma puérpera, tu chega numa rotina do diagnóstico. Ainda mais em unidades que são especializadas, que recebem só um determinado tipo de paciente. Eu já sei que pode ter risco de amamentação ineficaz. Tem diagnósticos de enfermagem que já devem ser standard, estabelecidos. O próprio fisiológico que apresenta a puérpera. Só que eu acho que tu traçares algo além disso, é aí que entra essa competência, porque senão a enfermeira pode ficar só nessa convenção. É por isso que eu digo, de repente é a visão que tu tens do ser. Se é a visão cartesiana, tu vais te deter só no quadro de pneumonia, vai ter tal, tal e tal diagnóstico. Agora tu ires lá, tu veres a cultura dele, o que pra ele representa. Não gosta de ficar deitado, gosta de ficar sentado por causa da doença. Mas tu veres os aspectos culturais, na minha visão é um 'plus' a mais da pessoa que tem e que vai atrás daquilo, mas não que seja necessariamente pra tu pegares e fazer o diagnóstico. Eu não acho que tu precisa saber a questão cultural da pessoa, que relação interpessoal ou coisa do gênero, seja um pré-requisito, ou que isso vai me impedir de traçar diagnósticos. Se eu já sei mais ou menos qual

é o quadro clínico, tem tal e tal diagnóstico. Eu já tenho esquematizado na mente. Agora se eu vou ver mais profundamente, vou lá conversar com ele, ver se é bem aquilo mesmo, aí é uma competência a mais pra ti ter.

PAULO: É a qualidade da assistência.

No debate transcrito anteriormente, é possível identificar a visão dos participantes do grupo acerca das dimensões de competência arroladas nas primeiras sessões e sua relação com os diagnósticos de enfermagem. Tendo como concepção o cuidado, numa visão integralizadora da pessoa cuidada, cujo diagnóstico é uma prerrogativa, a sua formulação deve contemplar as dimensões técnico-científica, humanística, comunicativa, de relações interpessoais de modo que o profissional diagnostique com competência.

5.2.2 Estratégias de ensino-aprendizagem

Nas estratégias de ensino-aprendizagem são abordados, num primeiro momento, aspectos relativos especificamente ao diagnóstico de enfermagem e, em momento posterior, à comunicação escrita e computacional que se relacionam ao diagnóstico e seu ensino.

5.2.2.1 Aspectos específicos do diagnóstico de enfermagem

A forma como o diagnóstico de enfermagem tem sido ensinado, na opinião de alguns participantes, possibilita-lhes desenvolver o pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico, além de contribuir com uma certa automatização do processo de enfermagem como metodologia de cuidado ao paciente. Os Estudos de Caso, estratégia empregada no ensino por muitos docentes, têm favorecido o pensamento do aluno. Em contrapartida, são manifestadas críticas contundentes ao ensino que focaliza o diagnóstico de enfermagem como produto, em detrimento do processo diagnóstico. Este, sim, deveria ser mais trabalhado durante a formação do aluno, inclusive servindo de base a todas as disciplinas de enfermagem que cuidam da pessoa ou da coletividade.

Há uma tendência dos participantes em conceber e defender o ensino do diagnóstico de enfermagem como a base e o resultado de uma construção profissional, com ganhos para o paciente. Este ensino deveria ser centrado no processo de raciocínio diagnóstico, diversamente do que no entendimento deles vem ocorrendo. Na sua opinião, ainda têm sido bastante enfatizadas a terminologia do diagnóstico e suas regras de redação. Lastimam que o

ensino do diagnóstico tenha sido simplificado e superficial, algo que poderia ser revolucionário, conforme expressam suas palavras:

PAULO: Seria muito mais instigante para o aluno, o diagnóstico seria um desafio a partir do ensino, não a partir de que ele é uma linguagem mundial. Penso que alguns de vocês concordam que isso iria estimular o aluno a estudar.

CLÁUDIA: Na Escola, por exemplo, tu vêes que nem todos os docentes estão preparados ainda para trabalhar com diagnóstico. Têm alguns que nem sabem.

PAULO: Mas agora se eles não estão preparados, nessa ótica que a gente está vendo, infere que eles não estão preparados pra ensinar.

CLÁUDIA: Diagnósticos não, nem todos. Alguns sabem, tem gente que não tem nem noção de diagnóstico de enfermagem na Escola.

LUIS: Na realidade foi mais uma coisa mecânica o que ensinaram pra nós. Porque enfatizaram tanto o diagnóstico, o saber escrever e esqueceram a parte que embasa o diagnóstico, que seria a parte dos sinais e sintomas. Ensinaram um diagnóstico demorado, mas acho que não ensinaram a ter o raciocínio, vamos chamar de clínico, de como funciona o diagnóstico em si.

LUIZA: Nessa visão tudo vem antes. O final seria só para demonstrar o que, em que tu agiste, como que tu chegaste, o que tu fizeste. E até agora começo a defender muito mais o diagnóstico tendo essa visão. (GF3)

O debate transcrito anteriormente evidencia a percepção crítica dos participantes quanto ao enfoque que tem sido dado ao ensino do diagnóstico de enfermagem, mais direcionado ao seu enunciado, de acordo com a taxonomia escolhida, do que ao raciocínio clínico. Outro aspecto de primordial importância consiste no preparo de muitos docentes, que ainda não possuem conhecimento suficiente para implementar estratégias de ensino-aprendizagem adequadas.

Alguns alunos vêm utilizando o diagnóstico de forma semelhante a muitos enfermeiros da instituição, reproduzindo os cuidados informatizados prescritos sem se preocuparem se o paciente possui o diagnóstico de enfermagem ao qual aquele cuidado está vinculado. Esta opinião, contudo, não é partilhada por todos os participantes. Eles pensam possuir maior embasamento teórico-prático acerca do processo diagnóstico em relação aos enfermeiros, atribuindo-o à sua formação acadêmica. Contrapondo o próprio discurso, no qual haviam criticado a dimensão eminentemente técnica recebida, alguns participantes agora reconhecem que o ensino do diagnóstico constitui um diferencial na sua formação, ao estimular o pensamento do aluno. Esta referência evidencia algumas limitações dos profissionais que

fizeram seus cursos de graduação anteriormente à introdução do diagnóstico no processo de enfermagem.

LUIS: (...)Eu acho que a gente tem uma visão bem melhor, consegue englobar, entender que é tal diagnóstico mesmo daquele paciente. Tanto que a partir daí, muitas vezes a gente ia traçar o diagnóstico, sendo que tinha um cuidado que faltava pra gente incluir, ou a gente ia ver a origem do cuidado e via que o cuidado estava certo, só que o diagnóstico em si não tinha nada a ver com o caso do paciente. Eu acho que pela nossa formação, a gente está dando os primeiros passos junto com os professores, mas eu acho que a gente está conseguindo ter uma visão mais embasada. O diagnóstico a gente consegue fazer melhor que os próprios enfermeiros que estão aí. Não é que eles não saibam, é que eles não têm ainda o raciocínio.

PAULO: É que o diagnóstico fez parte da nossa formação acadêmica. Isso é uma questão diferencial pra nós trabalharmos com diagnóstico. Diferente de fazer curso de extensão, participar de congresso. A gente consegue ter, eu penso às vezes, uma clareza muito maior do que muitos enfermeiros do andar. Com certeza! Até porque isso, do diagnóstico, a formação acadêmica já contemplou. Mal ou bem, contemplou. Até por isso a gente tem críticas em cima dele. A gente consegue tecer porque a gente fez, porque de uma certa forma foi mostrado no currículo normal, vamos dizer assim, e isso eu acho importante. Eu acho que isso abre toda aquela discussão pra um futuro, para melhorar ele. Eu acho que isso aí é bom fundamentar.

SIMONE: Então, por isso eles (os enfermeiros) não sabem. Eles não têm essa nova visão do diagnóstico, eles acham que é mais um papel mesmo. (GF4)

Embora na terceira sessão do grupo focal os participantes tenham criticado, de forma quase unânime, o enfoque dado ao ensino do diagnóstico de enfermagem como produto, no encontro seguinte eles já se reconhecem diferenciados, com um nível de competência melhor em função do ensino baseado na metodologia do Processo de Enfermagem e na etapa do diagnóstico. Referem que a sua formação favorece o desenvolvimento do processo mental de solução de problemas, praticamente automatizado ao cuidar do paciente. Este processo já automatizado tem sido aplicado em vários momentos da vida cotidiana e não só em situações de enfermagem.

De acordo com Perrenoud (1999), uma competência, em sua gênese, percorre raciocínios explícitos, decisões conscientes, inferências e hesitações, tentativas e erros. De forma gradativa, esse funcionamento pode *automatizar-se* e vir a constituir-se em um esquema complexo. Os esquemas complexos, neste sentido, podem ser montagens de esquemas mais simples, que o autor compara com um sistema de *bonecas russas*¹¹. É a repetição de situações

¹¹ Bonecas artesanais, de diferentes tamanhos, permitindo o encaixe de uma dentro das outras.

semelhantes que levam à automatização de funcionamentos cognitivos complexos. Ele frisa, porém, que as competências não se tornam necessariamente automatizadas, seja parcial ou na sua totalidade.

Na percepção dos integrantes, o processo de enfermagem já está consolidado, mas a etapa do diagnóstico ainda não. Embora os membros do grupo focal estejam apresentando um novo olhar sobre o processo de enfermagem, especialmente à etapa do diagnóstico, eles comentam que alguns alunos abominam apenas ouvir falar e realizar esta metodologia científica.

A falta de coesão no ensino de enfermagem emergiu com destaque nas falas. Contrapondo as críticas quanto ao docente priorizar a dimensão técnica em detrimento do pensar, houve a argumentação de que a forma de ensinar depende do professor, pois há docentes utilizando estratégias de ensino que estimulam o pensamento e a reflexão, tais como os Estudos de Caso.

Esta estratégia de ensino foi objeto da pesquisa de Fonseca (1999), que fundamentada na fenomenologia hermenêutica, buscou compreender o significado do “aprender através do Estudo de Caso” para os discentes. O Estudo de Caso ao qual a autora se refere, bem como na presente investigação, consiste num esforço conjunto entre professor e aluno, em que o ensino-aprendizagem é visto a partir da ação, do fazer que considera o cliente dentro do seu mundo, abrangendo suas necessidades bio-psico-sociais-espirituais e culturais. Não aquele estudo de caso desvinculado da reflexão docente e da sua participação ao lado do aluno no decorrer do processo.

O Estudo de Caso evidenciou-se como uma trajetória metodológica para aprender enfermagem, através da vivência do aluno na situação do cotidiano escolar, propiciando-lhe a reflexão do fazer. Oportuniza exercitar o questionamento e o pensamento crítico na busca de alternativas que venham solucionar ou minimizar problemas concretos. A busca de referenciais bibliográficos com o apoio do professor vai formando uma visão da totalidade que ultrapassa a pulverização e as fragmentações do conhecimento, possibilitando o desenvolvimento do espírito crítico no aluno (FONSECA, 1999).

Nesta mesma direção, Perrenoud amplia sua concepção de uma abordagem por problemas para falar de procedimento clínico de formação, de modo a abarcar as diversas profissões. Um procedimento clínico, na sua visão, “organiza-se em torno de situações singulares, que servem para mobilizar aquisições prévias, diferenciá-las, contextualizá-las e construir novos saberes

ou necessidades de formação” (2002a, p.22). Esta concepção é adequada aos estudos de caso empregados no ensino de enfermagem, em que a situação vivenciada por cada paciente é singular, proporcionando a mobilização de conhecimentos previamente adquiridos pelo aluno bem como a construção de saberes inéditos e contextualizados.

A tomada de decisão a partir de uma avaliação diária do paciente apoiada no conhecimento fundamentado foi relacionada ao ensino dos diagnósticos de enfermagem. Segundo os participantes, é a partir desta avaliação que o aluno identifica as necessidades do paciente e toma decisões relativas à manutenção de um diagnóstico e suas respectivas prescrições. Entretanto, esta concepção é questionada por outros participantes, ao expressarem que não basta conhecimento, é preciso autonomia para tomar certas decisões que estão relacionadas à autoridade e questões de poder.

5.2.2.2 Comunicação computacional relacionada ao ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem

A aplicação das demais etapas do processo de enfermagem e sua comunicação escrita, assim como a utilização do sistema informatizado implantado no hospital universitário, elementos em estreita relação com o diagnóstico de enfermagem, também constituem estratégias de ensino-aprendizagem. Embora o apoio computacional favoreça a elaboração dos diagnósticos e prescrições de enfermagem, deve ser utilizado após o aprendizado do raciocínio diagnóstico, sob pena de ser empregado apenas na escolha de intervenções desvinculadas dos diagnósticos de enfermagem que o paciente possui. Neste contexto, as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, adotadas como referencial teórico no processo de enfermagem do HCPA, cuja associação às dimensões de competência foram anteriormente explicitadas, compreende abordagem obrigatória na formação discente.

A discussão sobre o sistema computacional e os diagnósticos de enfermagem gera alguma polêmica. Para alguns a informática é vista como uma ferramenta que torna possível o uso do diagnóstico de enfermagem na prática cotidiana do enfermeiro, uma vez que a sua denominação é extensa e inclui várias partes, exigindo consulta bibliográfica e maior tempo para sua redação. Mesmo que o enfermeiro soubesse a primeira parte do enunciado diagnóstico, que consiste do título segundo a Taxonomia da NANDA, dificilmente ele saberia o fator relacionado, já que são muitas as relações possíveis (IYER, TAPTICH, BERNOCCHI-LOSEY, 1993; DOENGES et al., 1995; CARPENITO, 1997; CARPENITO, 2002;

COLLIER, MCCASH e BARTRAM, 1996; ALFARO-LEFEVRE, 2000; NANDA, 2002). Além disso, o diagnóstico de enfermagem informatizado diminuiria as chances de erro.

Por outro lado, uma das participantes argumenta que este sistema informatizado proporciona acomodação do profissional, já que não há necessidade de buscar conhecimento em outras fontes. Muitos enfermeiros procuram os cuidados sem se preocuparem se aquele cuidado que eles estão prescrevendo, de forma impressa, está vinculado ao diagnóstico de enfermagem correto. Isso mostra claramente que não houve uma mudança na forma de pensar de muitos profissionais. Os participantes defendem que os alunos, assim como os enfermeiros, devem aprender o processo de raciocínio diagnóstico previamente à utilização do computador, posição que julgo acertada.

Alfaro-LeFevre (2000) também sustenta que os computadores não reduzem a responsabilidade do profissional de aprender os princípios e as regras do raciocínio diagnóstico, o que o auxilia, inclusive, a reconhecer os erros cometidos por estas ferramentas valiosas. Embora ajudem no aprendizado e na identificação mais rápida dos diagnósticos, é fundamental utilizar o computador com cautela e criticamente, não confiando em demasia nos dados por ele gerados, pois o que pode ser adequado para um paciente pode não o ser para outro cujos dados são similares, mas os detalhes são diversificados.

A dinâmica de trabalho no HCPA difere de um serviço de enfermagem para outro devido às peculiaridades das áreas. Nas unidades de internação clínica, as prescrições de enfermagem são realizadas logo após a passagem de plantão, antes mesmo de o paciente ter sido avaliado, ficando pendentes para posterior confirmação ou alteração e impressão. Esta orientação é fornecida aos alunos com a justificativa de ser o momento em que os terminais estão disponíveis. Tal conduta gera controvérsias no grupo, no entanto a real contestação está naquelas prescrições cuja enfermeira apenas copia sem haver avaliado o paciente. São citados casos em que é mantida a lavagem da sonda vesical que já foi retirada há dois dias, ou cuja prescrição indica trocar o curativo da ferida operatória de um paciente que não realizou cirurgia. Estas questões, que envolvem a avaliação do paciente, põem em xeque no mínimo as dimensões técnico-científica e ética da competência profissional.

É traçado um paralelo entre a aprendizagem dos enfermeiros e dos alunos de graduação. Na opinião de alguns participantes, os enfermeiros competentes não terão dificuldade em mudar a sua forma de pensar. Contudo, muitos alunos estão sendo formados para procurarem

cuidados. Esta percepção reforça a estratégia de ensino-aprendizagem, em que o raciocínio diagnóstico deve preceder o uso da informática existente no hospital.

5.2.3 Contexto institucional do curso

Nesta categoria são contemplados aspectos da Estrutura Curricular e da Política Institucional do Curso de Enfermagem da UFRGS, correlacionadas ao ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem e ao desenvolvimento da competência dos futuros profissionais.

5.2.3.1 Estrutura Curricular

As discussões acerca da formação do aluno para a utilização do diagnóstico de enfermagem evidenciam implicações curriculares. Alguns participantes são enfáticos na defesa de maior embasamento e aumento de créditos desde as disciplinas básicas, mesmo acarretando acréscimo da carga horária total e do número de semestres do curso. Além disso, exigiria mudança da cultura dos docentes, tanto enfermeiros como profissionais de outras áreas, e capacitação daqueles que não estão instrumentalizados para desenvolverem suas atividades de ensino utilizando a metodologia proposta.

A correlação entre o ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem e a formação de um profissional com maior fundamentação científica fica demonstrada nas falas a seguir:

JULIANA: Só que pra ter essa cobrança do diagnóstico, eu acho que tem que embasar melhor o nosso primeiro, segundo e terceiro semestre, tem que ter tempo, mais créditos.

LUIS: (...) Nunca entendi porque é que a gente tem um semestre de anatomia, e vê anatomia correndo, literalmente, ainda com os professores que são médicos dizendo: 'ah, isso não precisa ou isso precisa.' Eu não sei qual o problema que tem na enfermagem em não aumentar o tempo do curso, que a impressão que eu tenho é que o objetivo é reduzir mais. Se desse pra deixar em quatro aninhos cravados, deixava os quatro e fim. Eu não vejo qual é o problema deixar seis anos, se é pra aprofundar, e sair um profissional bem formado. Até mesmo para aprofundar a partir do diagnóstico que a gente vai ter primeiro uma bagagem a mais. E ter tempo também, dentro da faculdade, pra tu aprofundares mais, porque a gente começa numa coisa que não dá tempo de aprofundar aquele diagnóstico quando a gente vê pela primeira vez. E depois, a gente começa a desembocar nas áreas mais restritas: obstetrícia, pediatria e vai tudo assim, numa bola de neve.

PAULO: Então, tu vais ter que mudar toda uma estrutura.

LUIZA: Não toda uma estrutura, mas toda uma cultura porque o professor de anatomia da Medicina nos fala que isso aqui vocês não precisam porque a enfermagem disse pra ele que

não precisava. Não foi porque ele acha. Eu não sei, mas eu acho que eles esperam mais conhecimento da gente. Até facilitaria, no momento que a gente vê colegas chamando plantão pra saber o que é que se faz com uma temperatura de 37,5° C. Nesse momento, a gente já está se subestimando total. (GF3)

Não apenas disciplinas das ciências básicas de saúde foram apontadas, mas também disciplinas da enfermagem, cujo ensino prático contempla o emprego do processo e diagnóstico de enfermagem. De forma abrangente, sem nominá-las, foram criticadas por insuficiência de tempo para que a aprendizagem se tornasse significativa.

As diretrizes curriculares recentemente aprovadas (BRASIL, 2001) não estipulam a carga horária total do curso, tampouco de cada área. O curso de Bacharelado de Enfermagem da Universidade em estudo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2001), contudo, estabelece a carga horária em 3915 horas distribuídas em nove semestres letivos. A disciplina de Anatomia, referida por alguns membros do grupo focal, é ministrada em 75 horas/aula e aborda a anatomia humana da cabeça, do sistema nervoso central e periférico, pescoço, membro superior, membro inferior, tórax, abdômen, pelve, períneo, dorso e nuca. Esta carga horária parece ser insuficiente na instrumentalização do aluno para avaliar o paciente em situações de saúde-doença complexas. Entretanto, este não deve ser o único momento do curso a abordar a anatomia humana, já que a disciplina Fundamentos de Cuidado Humano III, situada no quarto semestre do curso, contempla a semiologia do cuidado nas diferentes situações, além das distintas áreas da enfermagem que abordam este conhecimento no cuidado ao paciente/cliente. Na minha opinião, a importância maior reside na forma como a anatomia humana e os demais conhecimentos têm sido tratados nas diversas disciplinas que fundamentam o cuidado e o diagnóstico de enfermagem precedente, do que na carga horária destinada à abordagem específica destes conhecimentos.

O debate anterior corrobora algumas questões já analisadas em outras categorias. Se de um lado é notória a necessidade de maior embasamento científico que respalde o aluno na atividade diagnóstica, fica também registrado o realce dado pelos membros do grupo focal às disciplinas no âmbito do biológico, como a Anatomia e a Fisiologia. Disciplinas que contemplam as ciências humanas não aparecem pontuadas como merecedoras de revisão e aprofundamento. Mais uma vez a ênfase parece ser a dimensão técnico-científica.

Na opinião de uma participante, visão que compartilho, é necessário rever a cultura dos professores, a concepção que eles possuem acerca daquilo que estão ensinando, se há compreensão do uso que será feito daquele conhecimento trabalhado nas disciplinas. Se o

próprio docente de enfermagem muitas vezes não possui esta clareza, como exigir daquele que não é enfermeiro? Assim como o docente de outra área pode pensar que determinado conhecimento não é necessário na formação do aluno de enfermagem, outra suposição seria ignorar a importância daquele conhecimento no desenvolvimento da competência do futuro enfermeiro.

A sugestão já apontada pelos integrantes do grupo, contida na categoria “estratégias de ensino-aprendizagem”, foi trabalhar os conteúdos das disciplinas específicas a partir do diagnóstico de enfermagem, com ênfase no raciocínio diagnóstico. Isso implica relacionar os conhecimentos da área biológica e humanística na determinação do título diagnóstico e da(s) respectiva(s) etiologia(s).

A abordagem do diagnóstico de enfermagem informatizado, em termos curriculares, ocorre nas disciplinas cujas práticas são desenvolvidas no HCPA. Embora sejam apontadas falhas no sistema por alguns membros do grupo focal, eles demonstram tolerância e reconhecimento de que a sua implantação consiste em um longo processo, cujas correções demandam tempo e estudo. Estão cientes da existência do Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE), responsável pelo aperfeiçoamento do sistema informatizado, integrado por enfermeiros da instituição e docentes da Escola de Enfermagem, estes em número pouco expressivo. A dinâmica de trabalho é relatada por um dos participantes, ao informar que as enfermeiras da unidade de internação onde realiza estágio se reúnem uma vez por semana e avaliam o sistema, apontando os cuidados de enfermagem que precisariam ser acrescentados ou desativados de tais diagnósticos, encaminhando-os a esse grupo para que sejam tomadas as medidas necessárias. Conhecer a estrutura do contexto institucional gera consciência da realidade na qual estão inseridos e proporciona subsídios a uma avaliação mais criteriosa.

As disciplinas curriculares que realizam suas atividades práticas em outras instituições de saúde em que o diagnóstico de enfermagem informatizado inexistente, e nem mesmo manualmente é empregado, dificultam o seu ensino. Não apenas hospitais de pequeno porte teriam dificuldade em introduzir o processo de enfermagem, mas algumas áreas do próprio HCPA, onde o paciente permanece por um curto período de tempo apresentariam limitações na utilização do diagnóstico. Neste caso, a unidade de Bloco Cirúrgico em que o paciente realiza o trans-operatório estaria incluída. Uma alternativa sugerida pelo grupo foi a integração das áreas pelas quais passa o paciente, uma vez que ele realiza o pré e o pós-

operatório em uma unidade de internação cirúrgica, passando pela Sala de Recuperação pós-anestésica, e possivelmente seja encaminhado para acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar. A realização de um *round* em que as enfermeiras dos diversos setores pudessem trabalhar de forma conjunta possibilitaria a continuidade dos cuidados, com a abertura e o fechamento de diagnósticos consistentes, configurando, conforme as palavras de uma participante, *um sistema que se alimenta e retroalimenta e que ainda não existe*.

5.2.3.2 Política Institucional da Escola de Enfermagem

A inserção do diagnóstico de enfermagem no curso de graduação necessita, na opinião dos participantes, constituir-se em filosofia e política da instituição de ensino, requerendo competência dos docentes para a formação dos alunos. É ressaltada a importância de uma competência coletiva possibilitada pelo interesse e ação partilhada entre os docentes. Professores, enfermeiros e alunos deveriam trabalhar de forma integrada o diagnóstico de enfermagem, com reuniões de estudo conjuntas. A importância da participação do docente na implantação do diagnóstico de enfermagem em âmbito institucional é ressaltada em diversos momentos dos debates. Esta visão fica evidenciada nas palavras que seguem:

LUIS: A gente chegou à conclusão que a primeira questão do ensino são os próprios docentes porque sem eles não funciona, e eles têm que se interessar também porque não adianta um só, de uma determinada área, se interessar e o resto não estar nem aí. (GF3)

O interesse do docente no ensino é manifestado, entre outras formas, na iniciativa pela própria formação. Perrenoud (2000) aponta como competência para ensinar que o docente administre sua própria formação contínua, incluindo a negociação de um projeto de formação comum com os colegas. Contudo, não se pode analisar esta questão, que possui inúmeras variáveis, de uma forma simplista.

No entendimento dos participantes, não está claro se a proposta dos diagnósticos de enfermagem é iniciativa da Escola de Enfermagem ou da instituição hospitalar de ensino. Mesmo existindo uma estreita relação entre ambas, já que as diretrizes do HCPA são formuladas por docentes da UFRGS, a força de trabalho ocorre de forma essencialmente independente. Neste sentido, é desejável que instituição de ensino e de serviço caminhem lado a lado, em prol da assistência, do ensino e da pesquisa, o que parece não estar sendo efetivado satisfatoriamente, como expressam as falas a seguir:

LUIZA: Se a filosofia da instituição de ensino for o diagnóstico, subentende-se que para se chegar a esse diagnóstico tu tens que estar bem preparado, e seguindo essa filosofia eles iriam te preparar pra tu saires com condições de fazer um bom diagnóstico.

PAULO: E eu não sei se foi a visão de quem trouxe o diagnóstico ou isso foi uma coisa natural da evolução do processo de enfermagem aqui na instituição. Não sei se quem trouxe pensou que a gente teria conhecimento pra usar exatamente da forma que tu disseste. Penso que hoje não. (GF3)

Na percepção de alguns, a utilização do diagnóstico de enfermagem não está acontecendo de modo simultâneo na Escola de Enfermagem, como filosofia e política do ensino. Na fala de alguns participantes é manifestado que a divisão das disciplinas por departamento e por área de conhecimento tem favorecido o afastamento entre os professores, que por sua vez acreditam na maior importância da sua área específica, chegando a depreciar outras disciplinas. Esta postura, que poderia estar contribuindo para este distanciamento, é firmemente condenada pelos membros do grupo focal, que a consideram na contramão da história da profissão.

O trabalho conjunto, em equipe, depende mais de um acerto negociado livremente entre seus integrantes do que instituído externamente. O trabalho em equipe, como salienta Perrenoud (2001a), é a dimensão essencial de uma nova cultura profissional, de cooperação, e não mais uma conquista individual de uma parcela dos docentes. É nesta ótica que os docentes se posicionam e na qual acreditam, por uma cultura de cooperação entre os docentes.

6 RESULTADO DO GRUPO FOCAL DOS DOCENTES

Na primeira sessão do grupo focal, foi apresentada a categorização oriunda das entrevistas individuais e solicitado aos docentes manifestarem suas concepções diante das mesmas, dando início aos debates. As discussões que permearam os quatro encontros confirmaram as categorias já expressas, aprofundando algumas questões e acrescentando outras. Assim, apresento inicialmente as concepções que os docentes possuem sobre competência e, em seqüência, a relação dessas concepções ao processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. O Quadro 4 apresenta as questões norteadoras do estudo, as categorias e os elementos temáticos resultantes da análise do grupo focal dos docentes.

6.1 CONCEPÇÕES DE COMPETÊNCIA

As concepções de competência expressas pelos docentes estão contidas nas categorias denominadas *significações*, *atributos* e *dimensões*, apresentadas a seguir.

QUESTÕES NORTEADORAS	CATEGORIAS	ELEMENTOS TEMÁTICOS
Concepções de Competência	Significações	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreende o indivíduo na sua totalidade, sem dissociar o lado profissional do pessoal (conhecimento, experiência, atitudes e valores pessoais). Saber técnico, saber científico, saber se relacionar, saber ser, ética e moral. ▪ Compreende a especificidade, uma única dimensão. ▪ Depende do papel profissional e dos critérios de quem avalia (subjetividade). Facilitadores: confiança, relacionamento e empatia entre avaliador-avaliado. Implica lidar com situações estressantes de forma adequada.
	Atributos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profissional: ser auto-reflexivo, auto-crítico, reconhecer as próprias limitações e buscar superá-las, criativo, flexível, ter iniciativa, ser aberto a mudanças e ao aprendizado contínuo, ser questionador e pensador crítico. ▪ Docente: respeitar o desenvolvimento gradual do aluno e os níveis de competência que ele atinge a cada disciplina, possuir experiência, abertura para aceitar outras formas de ser e de fazer. ▪ Limitações: certa acomodação para o aprendizado constante, distanciamento teoria-prática, prepotência ao não aceitar a possibilidade de desconhecer algo quando questionado ou saber menos que o aluno. ▪ Potencialidades: mudanças do professor (mais aberto às mudanças e disposto a aprender junto e com o aluno) e do aluno (mais exigente com o professor, cobrando conhecimento e comprometimento. Envolvido e responsável com o auto-aprendizado, buscando complementação do seu ensino). Mudanças no contexto educacional e social têm corroborado o interesse do aluno pela enfermagem (mais valorizada no mercado de trabalho, avançado na diversificação de opções).
	Dimensões	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnico-científica (conhecimento científico e a habilidade em fazer, em aplicar o conhecimento) ▪ Humanística (ética e moral) ▪ Relacionamento interpessoal (entre os membros da equipe, enfermeira/paciente)

Quadro 4 – Resultado do grupo focal de docentes

Quadro 4 – Resultado do grupo focal de docentes (continuação)

QUESTÕES NORTEADORAS	CATEGORIAS	ELEMENTOS TEMÁTICOS
Competência: Processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem	Relação com os saberes / conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ênfase dada no ensino ao saber técnico ▪ Ambigüidade diante do conhecimento específico do diagnóstico de enfermagem
	Estratégias de ensino-aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspectos específicos do ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem (aprender de forma conjunta com os alunos, assumindo “postura de aprendente”, orientar trabalhos e pesquisas, acompanhar estágios e, especialmente, desenvolver estudos de caso. Promover estratégias metacognitivas. Os alunos têm mais facilidade, se entusiasma e entusiasma o professor). <i>Limitações:</i> pouco tempo para atualização, bibliografia traz realidade diversa, títulos diagnósticos nem sempre adequados a nossa realidade. <i>Sugestões:</i> utilizar a proposta diagnóstica na íntegra, propor novos diagnósticos a partir de pesquisas na prática. ▪ Comunicação escrita e computacional relacionada ao ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem (dificuldade do aluno em coletar e registrar os dados do paciente. Formulário impresso: agiliza a coleta, mas pode limitar o raciocínio diagnóstico. Prescrição informatizada: obrigação, requer adaptação ao referencial usado. Não tem sido registrado o diagnóstico no prontuário. Evoluções documentadas em local inadequado – “caderninhos”)
	Contexto institucional do Curso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrutura curricular (Implicações curriculares) – o ensino de enfermagem é fragmentado, faltando planejamento entre os semestres. O diagnóstico de enfermagem é complexo e exige conhecimentos pouco trabalhados nas disciplinas. Estágio curricular favorece competências do aluno (momento de integração de conhecimentos) Desconhecem se as diretrizes curriculares contemplam o ensino do dia. ▪ Política institucional da Escola de Enfermagem – decisão de adotar o D.E. deve ser institucional, não só individual ou das disciplinas. Discussão conjunta e escolha do referencial teórico. Mística a qualificação dos docentes e seu engajamento em grupos de estudos. <i>Sugestão:</i> realização de Fórum na Escola de Enfermagem. Definir o referencial a ser adotado no ensino (estrutura conceitual dos Padrões de Respostas Humanas ou Necessidades Humanas Básicas). Necessidade de competência coletiva (partilha de experiências e de reflexão)

6.1.1 Significações de competência

As significações de competência manifestadas ao longo dos encontros permitiram identificar duas visões distintas. A primeira delas, mais abrangente, compreendendo o indivíduo na sua totalidade, sem dissociar o lado profissional do pessoal. Um segundo entendimento, considerando a competência na sua especificidade.

Os debates suscitados sobre o entendimento de competência profissional foram iniciados por uma das participantes, ao expressar que a noção de competência, nos dias de hoje, contempla a totalidade da pessoa em seus diferentes ângulos, entendidos como saber técnico, saber científico, saber se relacionar, ética e moral. Envolve todo o tipo de comportamento e de conhecimento. Ela argumenta que a idéia existente atualmente acerca do profissional competente não se restringe ao seu desempenho no trabalho, mas inclui a sua vida pessoal. Desta forma, a enfermeira competente reflete a pessoa completa, cujo lado pessoal e profissional fazem parte deste todo, não podendo ser visto separadamente.

Inicialmente, essa concepção não foi contestada, mas sim complementada. Com os anos de experiência na área profissional, certas habilidades e atitudes vão sendo adquiridas. Essas vivências contribuem para o crescimento profissional.

A experiência interfere na visão de saber que o profissional possui. A concepção de saber, inclusive, tende a mudar com a maturidade profissional, vinculada ao tempo cronológico, e de acordo com o contexto de trabalho. Esta ponderação é exemplificada por uma das participantes, ao relatar que para a enfermeira assistencial a concepção de saber é direcionada ao conhecimento das técnicas e do saber acerca dos pacientes que estão sob sua responsabilidade. Já na academia a concepção de saber vincula-se ao científico, ao saber teórico e à sua produção.

Perrenoud (2002a) pondera que o ser humano é capaz de aprender com a experiência para agir mais eficazmente diante de situações similares que surgem. Esta aprendizagem pode, por um lado, ocorrer de forma involuntária, limitada a um ajuste progressivo do tipo tentativa e erro. Por outro lado, pode resultar de um trabalho reflexivo deliberado e intensivo, de modo que na próxima ocasião o profissional se encontre melhor preparado para enfrentar situações semelhantes. Esta última parece mais adequada, já que a prática pedagógica, como também a

prática da enfermeira, é uma intervenção singular em uma situação complexa que não se reproduz de forma estritamente idêntica.

É apontada por uma das participantes a confusão em torno de dois conceitos distintos e utilizados como sinônimos, quais sejam: competência e habilidade. Esta questão gera polêmica no grupo e fica a idéia de que é possível um profissional ser competente sem possuir habilidade naquele momento. É trazida como exemplo uma punção venosa, em que o profissional possui conhecimento do procedimento e de sua fundamentação, no entanto não a tem praticado. Os exemplos se situam na dimensão técnica de competência, denotando a ênfase que é dada ao saber fazer.

Os termos competência e habilidade não têm sido explicitados, quanto a sua significação, tanto nas diretrizes curriculares (BRASIL, 2001) quanto no projeto pedagógico (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2001) que os contém. Segundo Machado, as formas de realização das competências foram denominadas habilidades. Como exemplo, ele cita que a competência “capacidade de compreensão dos fenômenos” foi traduzida em um feixe de habilidades, estas referidas a contextos mais específicos. “É como se as habilidades fossem microcompetências, ou como se as competências fossem macrohabilidades” (2002, p.145). Para o desenvolvimento das habilidades, recorre-se às disciplinas, consideradas apenas como meios. As habilidades, então, funcionam como âncoras para acenar as competências aos âmbitos em que serão realizadas.

A concepção expressa por uma das participantes, que parecia contrapor a idéia anterior ao afirmar que a competência é sempre relacionada a alguma coisa, foi novamente debatida no segundo encontro. Há o entendimento de que a competência abarca as diversas dimensões, que elas estão interligadas, mas as pessoas são competentes em determinada área.

As concepções dos docentes parecem evidenciar dois níveis distintos de competência, mas que não se contrapõem necessariamente. Num nível mais abrangente, o profissional competente é aquele que integra múltiplas dimensões, não podendo ser dissociado do seu eu pessoal. Num nível mais específico, a competência estaria direcionada a um foco de interesse, e não a todas as áreas profissionais, mas abarcando as diversas dimensões.

A questão da competência como um todo e em diferentes “dimensões” é trazida uma vez mais ao debate no decorrer do segundo encontro, evidenciando a configuração de dois subgrupos. Algumas integrantes do grupo manifestam que um profissional é concebido como

competente quando se desenvolve unicamente na dimensão técnico-científica. Para outras, este profissional não pode ser considerado competente se a dimensão de relacionamento pessoal não é satisfatória, como é evidenciado na transcrição a seguir:

JUSSARA: Quando eu ouvi a Luiza da outra vez, eu entendi que ela se dirigia ao ser competente como um todo, como uma pessoa e não como um profissional. E eu já acho que as pessoas podem ser competentes em determinadas coisas, serem competentes como pessoa, mas não serem em outras. Eu não veria mérito se alguém me elogiasse pela minha competência na cozinha, por exemplo, que é uma coisa que eu não gosto. Então eu não meço. Isso não é valor pra mim. Já como mãe pra mim é importante porque eu dou valor. Como profissional, como enfermeira na minha área, mas na área da Eloisa por exemplo...

LUIZA: Mas veja bem, eu não falei em área, eu falei como pessoa nas tuas relações.

ROSE: Mas Luiza, nós temos exemplos típicos de pessoas extremamente competentes profissionalmente que são péssimas pessoas. Eu vou te dar um exemplo, nós temos na nossa cidade um médico extremamente competente profissionalmente, extremamente conhecido que é um ser humano terrível. Tem problemas familiares, é difícil de relacionamento.

LUIZA: Então tu vais dizer assim: ele é um bom médico.

ROSE: Não, ele é muito competente. Ele é reconhecido mundialmente.

LUIZA: Ele é competente na área técnica, só. Ele não tem o conceito de competência.

VÂNIA: Eu também percebo que é um todo. Se a pessoa não tem a área de relacionamento bem desenvolvida, ela não é competente. (GF2)

Na discussão anterior ficam patentes duas visões opostas acerca da competência profissional. Embora concordando que o profissional competente é aquele que se desenvolve em suas múltiplas dimensões, é relatada a ocorrência de valoração externa, da sociedade, direcionada especificamente à dimensão técnico-científica.

O exemplo trazido refere-se à equipe médica, sendo sugestivo da dificuldade em analisar a própria competência da enfermeira, que visa ao cuidado humano. Em consonância com as diferentes dimensões englobadas na competência da enfermeira, Waldow (1998) refere que os pacientes, além de estarem interessados em receber um tratamento carinhoso, necessitam sentir-se seguros e confiantes de que a equipe de saúde desempenha suas funções com conhecimento e habilidade. Assim, alguém que demonstre grande eficiência, mas que seja rude ou indiferente com o paciente, pode despertar-lhe sentimentos de solidão e de carência. Por outro lado, uma cuidadora extremamente delicada, interessada e afetiva, mas com pouca ou nenhuma experiência, conhecimento e habilidade técnica pode transmitir sentimentos de desconforto e insegurança.

O debate anteriormente transcrito revela outro aspecto que merece destaque. Refere-se ao reconhecimento externo da competência de um profissional, evidenciando a estreita relação entre competência e avaliação. Anne-Marie Drouin, citada por Rey (2002, p 26), assinala que a pessoa competente é aquela “que é publicamente reconhecida como detentora desse poder ou dessa aptidão”. O autor complementa que, nessas circunstâncias, o respeito público a que essa pessoa faz jus acaba por reforçar o caráter oculto e pessoal da competência.

De forma semelhante, essa posição é expressa no grupo focal por outro membro. Ela afirma que, à medida que se pensa em competência, se faz uma avaliação a partir daquilo que se conhece e acredita como valores de competência, ou apoiado nos valores de outros, até mesmo de um referencial teórico. Esta avaliação, portanto, é pautada nas crenças e expectativas pessoais de competência ou no grau de competência que se estabelece. Neste sentido, há concordância entre as participantes quanto à subjetividade presente na avaliação.

A visão que o aluno possui de um profissional competente se dá ao longo da sua formação, nas situações de aprendizagem, ao observar os diversos professores, cada qual com seus pontos de vista e seus valores a interagirem com os valores do próprio aluno. Para algumas participantes, a concepção de profissional competente que o aluno possui é formada a partir desta interação e dos valores pessoais.

É apontado que na enfermagem há diferentes padrões de profissional competente, sendo que o distanciamento destes é considerado ausência de competência. Há, contudo, maneiras diferentes de ser competente em virtude das características individuais de cada profissional.

O assunto avaliação permeia vários momentos das discussões, colocando em evidência sua relação conflituosa com o ensino e a aprendizagem. Se por um lado fica constatada a necessidade de padronização de critérios cuja avaliação expresse a eficácia numa produção concreta, de outra percebe-se o estilo pessoal como elemento a ser valorizado.

A definição de critérios de uma avaliação está estreitamente vinculada à hierarquia de valores do avaliador à sua “concepção de excelência”. A avaliação destaca a questão da escolha de valores, assinalando os riscos presentes em tal arbitrariedade, uma vez que ela pode ser determinada por interesses que não satisfaçam aos do ser humano em desenvolvimento. Apesar dos supostos riscos que a definição de critérios apresenta, cabe reconhecer sua importância ao tornar evidentes as referências que serão utilizadas na avaliação (TURRA, 2000).

Uma das participantes pondera que nas situações de avaliação, incluída a avaliação do aluno, há momentos em que o avaliado enfrenta dificuldades, e que por motivos diversos na ocasião da avaliação não apresenta bom desempenho, embora possua potencial para desenvolver-se. Diante dessas considerações inicia-se nova polêmica em torno do tema. A avaliação é influenciada pela pessoa que avalia, uma vez que existe subjetividade das duas pessoas envolvidas, avaliador e avaliado. Esta posição é rebatida por outras participantes, ao defenderem que a subjetividade na avaliação deve ser reduzida ao máximo, de modo a não invalidar o processo avaliativo. Aspectos como confiança, relacionamento e empatia entre as pessoas foram considerados facilitadores. Embora a subjetividade seja inerente ao processo avaliativo, a essência da avaliação deve ser a mesma, independente do avaliador. Estas observações são pertinentes na medida em que a competência reflete o reconhecimento de uma avaliação externa.

A avaliação professor-aluno é relacionada à avaliação que o aluno realiza do paciente. Embora a empatia que ocorre entre as pessoas influencie facilitando ou dificultando a avaliação, a competência reside mais no saber o que perguntar e de que forma questionar a fim de obter a informação, como expressa o debate a seguir:

ROSE: Porque dependendo da pessoa, é como uma aluna que foi fazer o histórico de enfermagem e conseguiu que um paciente lá, um menino, dissesse pra ela que ele era drogado, que droga usava, quanto usava, onde conseguia, tudo isso. Ninguém ia conseguir isso dele. Porque ela conseguiu isso? Era o jeitinho da menina, ela usava piercing. Eu acho que ele teve abertura com ela. Então dependendo também influencia a pessoa que está fazendo a avaliação. Quem estava fazendo era uma aluna. Talvez ela se sentisse mais à vontade do que com o funcionário em falar, sabe? Depende de quem fez a avaliação.

LUIZA: Não deveria ser. Na avaliação tu tens que ser menos subjetiva possível, senão a avaliação não é válida. Se realmente a gente disser que o que faz com que a pessoa seja A, B ou C é o avaliador, aí tu invalidas todo o processo avaliativo.

ROSE: Não. Eu acho que não é o avaliador, mas tem a ver.

LUIZA: Não. Eu acho que tem a ver essa tua abordagem, da aluna conseguir descobrir.

ELOISA: Mas eu aí já vou discordar. Eu gostaria de pensar, de dizer que essa aluna é competente porque ela soube fazer essa avaliação, ela soube como perguntar pra saber que ele era dependente.

ROSE: Porque ela conhecia, talvez.

ELOISA: Não. Não sei. Mas aí então, se nós estamos discutindo competência, pra mim quem vai fazer uma avaliação do diagnóstico tem que saber o que é que tem que perguntar e aí ela está sendo competente. Não quer dizer que tu perguntando, ele vai te dizer, mas pelo menos, porque faz parte. De dependência química eu entendo. Porque faz parte dele pegar e te

negar a dependência. Agora eu tenho que ter competência pra saber que é isso que eu tenho que avaliar.

LAIS: Tem a ver com confiança.

VÂNIA: Tem que levar ele a falar. Isso envolve relacionamento. Saber fazer uma entrevista com a pessoa. Eu concordo com a Eloisa nisso.

ELOISA: Toda avaliação tem a relação de empatia. Mas uma avaliação competente independente é uma postura. Tu tens que ter empatia por essa pessoa e daí tu tens que saber avaliar. (GF2)

6.1.2 Atributos da competência

Várias características foram assinaladas, ao longo dos debates, como fundamentais a um profissional competente, seja ele docente ou ligado diretamente ao campo de trabalho. Àqueles que exercem sua prática no ensino foram acrescidos outros atributos da competência docente, além de apontadas certas limitações. Frente a essas constatações foram reconhecidas algumas potencialidades do professor e do aluno em direção à competência, bem como destacadas algumas mudanças no contexto educacional e social que, acredita-se, têm corroborado o interesse do aluno pela enfermagem e na busca de uma formação para a competência.

Os atributos mencionados de forma consensual pelos membros do grupo focal, como indicadores de competência, foram ser auto-reflexivo e autocrítico, estar aberto às mudanças e ao aprendizado contínuo. Ser criativo, ter flexibilidade e iniciativa, ser questionador e pensador crítico também foram mencionadas como características da competência, como ilustra a fala a seguir:

VÂNIA: Ser competente envolve constantemente refletir sobre o que tu fazes, como tu és, como tu estás agindo naquela situação fazendo autocrítica, é reavaliar. Envolve uma constante aprendizagem porque a gente vive as constantes transformações. Se tu não continuares crescendo, aprendendo, tu não vais ser competente. E também exige isso pra tu seres competente, uma constante evolução, mudança e aprendizagem. Desde novos conhecimentos teóricos, como até práticos (...). (GF1)

Para uma das participantes, posição compartilhada com as demais, ter competência implica lidar com situações estressantes de forma adequada, sendo que a experiência e maturidade auxiliam neste enfrentamento. Como exemplo é apontada a situação de avaliação, considerada estressante e dolorosa, como consta na seguinte transcrição:

ELOISA: Voltando à competência, o que a gente tem que ser competente é pra conseguir lidar da melhor forma possível com as situações estressantes como a avaliação, com os limites de todas as situações. Isso é ser competente.

ROSE: E identificar situações problemáticas. E aí a maturidade, a experiência, a vivência vão ser fundamentais. (GF2)

Este atributo da competência, saber enfrentar situações que geram estresse, também é assinalado por Perrenoud (2001b). Ele salienta a importância de entender as vias da capacidade de as pessoas enfrentarem a urgência, a incerteza e o conflito com estresse, e mesmo assim agirem de forma apropriada, para a compreensão do motor teórico da competência. Pois, segundo o autor, a competência pode ser definida como a capacidade de tomar distância em relação à regra. É a capacidade de ultrapassar aquilo que está prescrito, os modelos, as receitas, a racionalidade técnica. Compreende aquilo que precisa realmente ser feito numa situação em que tudo ocorre de forma diversa ao que está contido no manual, exigindo interpretá-la e singularizá-la, mesmo nos ofícios menos especializados. Implica assumir riscos constantes em decorrência da tomada de decisão inerente às situações enfrentadas. Estes mecanismos de ação envolvem uma forma de inteligência profissional bastante específica, cuja compreensão dos mecanismos cognitivos complexos estão sendo estudados. Mas envolve, também, todo o tipo de fazer, de saber fazer, e de habilidade particular.

Embora reconhecendo vários atributos da competência profissional, é externada a conscientização de algumas limitações vivenciadas pelo grupo de docentes. Uma certa acomodação para o aprendizado constante, como o distanciamento teoria-prática no cuidado de enfermagem é considerado um dilema na docência. Com o passar dos anos, a articulação do saber e do saber fazer vai sendo dissipada, pois há um afastamento docente da prática cotidiana junto aos pacientes. E isto é especialmente revelado por uma participante cuja disciplina enfoca a área gerencial. Todavia, os alunos ainda se ressentem do saber fazer direcionado ao cuidado do paciente, conforme o relato a seguir:

RAQUEL: Eu acho, como a Vânia falou, que a gente tem que estar sempre se atualizando. Mas a nossa estrutura, nós nos organizamos de uma maneira que faz com que a gente não consiga se atualizar em todas essas dimensões: teóricas e práticas. Então, eu vejo que cada vez mais eu leio livros voltados para administração, pra gerenciamento, como é a organização do trabalho de enfermagem, como é que são as atividades da enfermeira. Mas eu dou aula numa unidade cirúrgica, me faltam muitos conhecimentos. (GF1)

Ao refletir sobre o desenvolvimento da competência do aluno ao longo da sua formação, uma das participantes expressa como dificuldade na docência reconhecer as fases de

crescimento e os níveis de competência que o aluno atinge a cada disciplina ou semestre vencido. É manifestada, com veemência, a necessidade de o professor respeitar o desenvolvimento gradual do aluno, não exigindo mais do que ele teria condições de atingir naquele estágio. Desta forma, respeitar o aluno e ter abertura para aceitar outras formas de ser e de fazer são também atributos do docente competente. Aqui também é reconhecida a experiência como fator primordial para a competência do professor.

Não só o professor, mas também o aluno desenvolvem competência em determinadas áreas em detrimento de outras, possivelmente por afinidade. É função do professor competente identificar e aceitar que o aluno possa não estar apresentando bom desempenho numa disciplina e estar evoluindo de forma satisfatória em outra área.

Na opinião da Eloísa, não se deve confundir competência com perfeição, pois ser perfeito é uma idealização. Ela indica como atributos ser crítico, reconhecer os próprios erros e buscar corrigi-los. Contudo, ainda é identificado o professor prepotente que não aceita a possibilidade de desconhecer algo quando questionado ou saber menos que o aluno. Neste aspecto é debatida a questão ética embutida na atitude do professor que não consegue assumir suas limitações, colocando até mesmo em risco a saúde e a integridade do paciente. A transcrição a seguir expressa estas idéias.

RAQUEL: Eu acho que o primeiro passo para tu seres competente é tu reconheceres a tua limitação e buscar superar isso, buscar essa atualização.

ROSE: Qual é o problema de dizer pra ele (aluno) que faz tempo que eu não faço. É um direito, eu sou um ser humano. Pode fazer tempo que eu não faço e eu sei. Aí entra a prepotência do professor também, que ele não pode saber menos do que o aluno. (GF2)

Os membros do grupo focal identificam mudanças no professor e no aluno. É nítida a evolução do professor de hoje, comparativamente ao que eles mesmos foram no passado, ou aos que tiveram no seu curso de graduação. Atualmente, o docente tem se mostrado mais aberto às mudanças e disposto a aprender junto com o aluno, como ilustra a seguinte citação:

JANE: Mas a partir do momento que tu quiseres, por exemplo, a partir de amanhã eu vou me sentar duas horas na frente do computador e eu vou aprender. Então é isso que está mudando na cabeça dos professores. Nós estamos mais abertos pra fazer esse tipo de coisa. Eu acho que no nosso tempo não tinha isso. Eu vejo assim, como tu disseste: bom eu estou aprendendo com os alunos. Quando que um professor da minha época verbalizava para os alunos isso, ou dizia para os colegas? Ou dizia como eu digo para os alunos: 'olha, eu não sei isso aí, não sei fazer!' E daí eu vejo que eu ganho mais respaldo com eles. (GF1)

O aluno tem se manifestado mais exigente com o professor, cobrando conhecimento e comprometimento. Ele próprio tem demonstrado envolvimento e responsabilidade com seu aprendizado, ao buscar complementação do seu ensino por meio de estágios voluntários em diferentes áreas, bolsas de iniciação científica, monitorias. Os participantes têm observado uma mudança de comportamento dos alunos, que estabelecem como prioridade o seu aprendizado mediante a competitividade que vislumbram para o seu futuro profissional, conforme ilustra a transcrição a seguir:

LUIZA: Eu acho que teve uma mudança sim, de currículo. Eu acho que o currículo não está pior, ele está melhor. Acho que, além do currículo, mudou o comportamento do aluno.

PAULA: Um aluno exigente, que tem um nível de exigência conosco tanto no conhecimento como no comprometimento dos professores.

LUIZA: Os nossos alunos atuais, eles estão fazendo estágios voluntários em todos os lugares. Não era o comportamento que eles tinham. Eles queriam o domingo, eles queriam o verão. Não se fala mais nisso hoje, no verão. A gente vê os alunos todos aqui em volta do hospital. (GF1)

São mencionadas, ainda, mudanças no contexto educacional e social ratificando o interesse do aluno pela enfermagem. Ela está sendo mais valorizada no mercado de trabalho e tem avançado na diversificação de opções, embora o ganho financeiro permaneça nos mesmos patamares. Hoje, o enfermeiro encontra espaço para desenvolver suas atividades profissionais em diferentes setores de hospitais, como no setor de compras de material, além da ampliação de espaço na área de saúde pública. Esta expansão possivelmente seja uma das justificativas para o aumento na procura do vestibular em enfermagem. O aluno que hoje ingressa na enfermagem da UFRGS escolheu a enfermagem como primeira opção, possivelmente devido aos fatores aqui apontados, como ilustra a fala a seguir:

LAIS: Então, se as pessoas da comunidade estão buscando enfermagem é que alguma coisa mudou lá fora também, porque eles não têm o conhecimento aqui de dentro. Eles têm o conhecimento da profissão em geral, uma outra visão que não é a nossa. (GF1)

A sociedade tem participado da valorização profissional. Também o nível técnico, com a exigência do ensino médio, tem contribuído de modo determinante na valorização da enfermagem. Esses fatores têm influenciado o aluno e o profissional na busca da competência. Na medida em que aumenta a oferta, aumenta também a competitividade no mercado de trabalho. E competência é imprescindível na concorrência existente no mundo do trabalho. Um dos significados contidos no dicionário para o verbete competência é o de “*oposição, conflito, luta*” (Ferreira, 1986, p.440) evidenciando a relação entre competição e competência.

6.1.3 Dimensões de competência

As dimensões de competência que emergiram dos debates do grupo focal foram: técnico-científica, relacionamento interpessoal e humanística (ética e moral). Para algumas participantes, estas e outras aqui não-incluídas são interdependentes. A ocorrência de uma única dimensão não configura competência. Esta concepção reforça a posição defendida por alguns membros no primeiro encontro, de que a competência é um todo.

A *dimensão técnico-científica* de competência é concebida com certa ênfase na enfermagem. Envolve a habilidade em fazer e o conhecimento científico que a fundamenta. Esta percepção é justificada por uma das participantes ao reconhecer a si e aos colegas como *muito centrados no técnico, nesta competência técnica do saber e do saber fazer*. A concepção mais ampla de competência, abarcando as diversas dimensões, é almejada pelo grupo, mas ainda distante do cotidiano pedagógico.

A idéia de que o ensino de enfermagem enfatiza o saber técnico, que se traduz mais na ação e no saber, e de forma concomitante o saber científico, compreendido como o pensar, permeia a segunda sessão do grupo focal. Estes dois saberes caminham juntos, expressam o conhecimento aplicado à prática.

Estudos de Waldow (1998) sobre o cuidado humano confirmam essa visão de competência, em que a dimensão técnica ainda é enfatizada. Quando se fala em cuidado de enfermagem, geralmente se associa à idéia de execução de técnicas e de procedimentos nos pacientes. Estes, segundo a autora, normalmente são resultantes de prescrição médica relativa a um tratamento, decorrente de um problema patológico ou enfermidade.

A abordagem desta dimensão no ensino traduz, em certa medida, a competência do professor, auxiliando o desenvolvimento da competência no aluno. Reconhecer que há maneiras diferentes de realizar um procedimento complexo, desde que os princípios científicos que fundamentam a ação sejam observados, são atributos da competência mais uma vez destacados. Cabe ao professor acolher o aluno, mostrar que não há uma forma única de executar uma ação, rever os passos do procedimento com o aluno junto ao paciente, sem desrespeitá-lo, mas aproveitando para ensinar também ao paciente. Questionar a fundamentação teórica de procedimentos que são feitos repetidas vezes. Estimular o

pensamento crítico no aluno, que ele busque conhecimento foi considerado a chave da competência, como ilustra a citação a seguir:

RAQUEL: Eu procuro discutir com eles (alunos) antes do procedimento ou deixando eles fazerem e depois discutindo, dando dicas: ‘Olha, eu já gosto de deixar a sonda dentro da cuba porque quando eu já ponho a cuba...E eles vão achar o jeito deles, mas eu acho que o importante é a iniciativa do aluno em superar, em vencer essa dificuldade manual de fazer esse procedimento. Porque eu acho normal, eu tenho dificuldade de puncionar quando eu fico muito tempo longe da punção. Se eu não fizer isso, repetidas vezes, eu vou ter dificuldade. E o que eu vejo é que tem alunos que têm, a limitação provoca um bloqueio e eles fogem dos procedimentos, e que em outros não. Mostrar que ele vai descobrir o jeito dele, para ele pensar os princípios. E outra coisa que eu tenho feito, é conversar muito com ele junto com o paciente. Não desrespeitando o paciente, mas ir revendo os passos. ‘Ó tu estás vendo isso, tu estás vendo aquilo’ e explicando pro paciente que ele está ali aprendendo também. Aí eu penso assim, é um procedimento técnico. Só que eu acho que o aluno e o enfermeiro não podem mais ficar repetindo um procedimento técnico e nós temos isso na nossa prática. Eu disse isso para os alunos. Têm procedimentos que são feitos repetidas vezes e não têm uma fundamentação teórica. Aí tu perguntas: Mas por que é feito isso? Ah, porque vinha sendo feito assim. Eu acho que isso é o que nós queremos formar no aluno, um pensamento crítico daquelas ações que eles têm que fazer e, se não tem uma outra maneira, ir buscar esse conhecimento. Eu acho que a chave para eles serem competentes é eles buscarem o conhecimento, porque cada vez nós sabemos menos. É muito dinâmico o conhecimento na saúde. O conhecimento das medicações muda. Mudam aquelas sondas, mudam aqueles cateteres. Cada semestre que tu vais para o estágio tem coisa nova que a gente não viu. (GF2)

O posicionamento anterior expressa claramente a relação existente entre a realização de um procedimento de enfermagem e a competência profissional, ao ressaltar o pensamento crítico como inerente à ação. A reflexão presente na ação impede a sua repetição de forma mecânica, dissipando a preocupação externada por algumas participantes acerca da confusão existente entre competência e padronização de condutas. Segundo outra integrante do grupo, a competência técnica não pode ser entendida, por exemplo, como padronizar a forma de realizar um procedimento, uma vez que ser competente implica criatividade e flexibilidade. Ela complementa expressando:

ELOISA: Por isso, competência é uma coisa mais global, mais abrangente e não linear, fechada. (GF2)

Ilustrando este posicionamento, uma das participantes relata a sua experiência em campo de estágio, referindo que a realização de um procedimento complexo é uma das formas de avaliar as dimensões de competência dos alunos. As dimensões enfatizadas recaem sobre o saber técnico e sua fundamentação científica, mas reforçam a importância da flexibilidade e da criatividade na sua realização.

O *relacionamento interpessoal* foi outra dimensão abordada no grupo focal. Em termos de ensino, uma das participantes pondera que na área da administração os professores têm atendido a tendência de ver a pessoa no seu todo dentro da organização, e não mais compartimentada. Eles têm procurado trabalhar com o aluno tendo presente que não basta só o conhecimento, nem só o saber técnico, mas que o relacionamento interpessoal é fundamental. E esta tem sido uma das grandes dificuldades enfrentadas no ensino e tópico de discussão, o relacionamento com os colegas de trabalho. Neste sentido, tem sido necessário ir além da compreensão daquele indivíduo na organização e extrapolar para o seu mundo pessoal, familiar, uma vez que, além de deficiências cognitivas ou de habilidades manuais, podem existir causas externas interferindo no seu desempenho profissional, cuja identificação auxiliará no encaminhamento apropriado, caso não haja condições de auxiliá-lo.

Os aspectos éticos, englobados na *dimensão humanística*, foram citados no início dos debates como inerentes à competência profissional, além de terem sido implicitamente enunciados ao longo dos quatro encontros. Aspectos estéticos, contudo, não foram foco das discussões entre os docentes.

Assim, diferentes aspectos concorrem na avaliação da competência profissional, algumas com ênfase maior, corroborando o entendimento da indissociabilidade da competência profissional e pessoal.

6.2 COMPETÊNCIA: PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A relação entre as concepções de competência que os docentes possuem com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, debatido no grupo focal, é apresentada nas categorias *Relação com os saberes/conhecimentos*, *Estratégias de ensino-aprendizagem* e *Contexto institucional do curso*.

6.2.1 Relação com os saberes / conhecimentos

Os conhecimentos, eruditos ou não, ocupam um lugar na ação numa abordagem por competências. Para Perrenoud (1999, p.55), “eles constituem *recursos*, freqüentemente determinantes, para identificar e resolver problemas, para preparar e para tomar decisões”.

Os debates envolvendo competência e o ensino do diagnóstico de enfermagem, propostos pela mediadora, evidenciaram certa resistência inicial. Questões acerca do ensino das técnicas de enfermagem foram o conteúdo introdutório, como se representassem um aquecimento para a explosão das discussões que se seguiriam. Na relação com os saberes/conhecimentos do diagnóstico de enfermagem, os docentes revelaram ambigüidades e, até mesmo, pólos dicotômicos. Ao reconhecerem que a enfermeira diagnostica diariamente, limitações e possibilidades do seu emprego foram aventadas.

A inserção de questões relativas ao ensino das técnicas de enfermagem deu início aos debates sobre a temática proposta. Um dos exemplos trazidos à discussão por uma das participantes referia-se às habilidades técnicas do aluno, mais especificamente à forma como tem sido ensinada a técnica de intramuscular. Isso parece evidenciar uma certa dificuldade em debater questões relativas ao diagnóstico de enfermagem, ao mesmo tempo em que reforça a preocupação dos docentes, já relatada anteriormente, quanto à ênfase dada à dimensão técnica da competência.

Extrapolando o ensino dos procedimentos de enfermagem, o desenvolvimento do pensamento crítico é mencionado como um elemento de fundamental importância na formação do aluno. Para uma das participantes, o pensamento crítico consiste em pensar no que está fazendo e no porquê. Envolve questionamento constante, e não simplesmente repetir algo de forma mecânica. Ela traz como exemplo uma situação ocorrida com uma aluna em estágio na unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO).

RAQUEL: A gente tem um exemplo relacionado com o diagnóstico e com as intervenções. Tem uma intervenção lá no TMO que é usar o cotonete com iodoform aquoso nas lesões da cavidade nasal do paciente com imunossupressão. E aí eu perguntei de onde que veio isso, porque está lá escrito no sistema de prescrição. A minha aluna foi estudar isso e disseram porque faziam isso lá em Curitiba. Então liga pra Curitiba e busca a referência bibliográfica, tem que ter algum sentido. Ah, não tem. Não tem e nós viemos fazendo isso há sete anos no TMO e ninguém questiona por quê. Muitas vezes o próprio enfermeiro que está na prática não está se questionando isso. Então eu coloquei pra elas, nós vamos ter que revisar isso porque se não tem um fundamento, porque alguém fez um treinamento há dez anos e era assim e continuam fazendo assim e não sabem por que, não dá pra continuar. (GF2)

O questionamento e a fundamentação das ações realizadas no cotidiano hospitalar da enfermeira foram bastante debatidos e trazidos exemplos da área da criança, do recém-nascido, e de situações ocorridas em instituições hospitalares de cidades do interior. Parece ter sido consenso de que “pensar criticamente é saber o porquê”. Nesta ótica, uma das

participantes expõe o seu posicionamento sobre pensamento crítico, deixando evidente a sua relação com o processo diagnóstico, fato esse reconhecido por outro membro do grupo focal, como ilustra a fala a seguir:

VÂNIA: Pra mim envolve identificar claramente a situação, aquele problema, sob todos os ângulos, para eu interpretar e pra saber interpretar tem que ter conhecimento técnico científico. Tem que fazer uma análise ampla de tudo pra poder então fazer um julgamento assertivo. Acho que é bem essa a questão. (GF2)

É constatado que se diagnostica diariamente, não só no âmbito profissional. Imediatamente iniciam-se discussões acerca das limitações e possibilidades do diagnóstico de enfermagem na prática profissional. Há o reconhecimento de que o mesmo é fundamental, e o fato de já ser utilizada a metodologia do processo de enfermagem no cuidado ao paciente favorece a sua adoção.

Embora admitindo lacunas em si quanto ao domínio da temática diagnóstico, uma das participantes valoriza a percepção positiva dos alunos, reproduzindo o seu pensamento. Eles argumentam que o processo diagnóstico dá mais autonomia ao profissional para planejar as intervenções, pois são tomadas decisões fundamentadas. Assim, o diagnóstico de enfermagem contribui com a competência do enfermeiro porque exige mais estudo daqueles pacientes cujos diagnósticos ele está estabelecendo. Os alunos e os enfermeiros do hospital universitário que estão vivenciando o processo de enfermagem informatizado tem revelado que o diagnóstico é um processo mental, de raciocínio lógico baseado em conhecimento científico e que permite um conhecimento mais aprofundado do paciente.

É manifestada a percepção de que os diagnósticos de enfermagem não estão bem definidos e se confundem com os diagnósticos médicos. Para algumas participantes mais resistentes à proposta dos diagnósticos de enfermagem adotados no ensino e no HCPA, existem situações patológicas mundialmente conhecidas que recebem uma outra denominação pela enfermagem, tornando difícil sua aceitação. Nesse sentido, outra participante refuta argumentando que existem situações em que o médico e a enfermeira atuam de maneira conjunta, porque ambos são habilitados, e a situação não é o diagnóstico de enfermagem, mas um problema colaborativo.

As duas situações distintas anteriormente mencionadas dizem respeito ao Modelo Bifocal da Prática Clínica, proposto por Carpenito (1997), que é trabalhado no ensino de graduação, embora não tenha sido incorporado no HCPA. Nesse modelo fica impressa a idéia de uma

prática colaborativa entre a enfermagem e a medicina, em que são abarcados os diagnósticos de enfermagem e os problemas colaborativos, ambos requerendo intervenções de enfermagem. Os problemas colaborativos compreendem certas complicações fisiológicas que as enfermeiras monitoram para detectar seu estado ou as modificações decorrentes. Nestes, para minimizar as complicações dos eventos, as enfermeiras utilizam intervenções prescritas pelo médico ou por elas próprias. Já para os diagnósticos de enfermagem, a enfermeira prescreve o tratamento definitivo, visando alcançar os resultados almejados.

Fica explicitada no debate a disparidade de conhecimento relativo à Taxonomia da NANDA e ao Modelo Bifocal da Prática Clínica entre os docentes, admitido por uma das participantes, que manifesta não ser competente para fazer diagnóstico nem tampouco para discutir o assunto. Há, contudo, o reconhecimento da necessidade de aprender, conforme expressa o debate a seguir:

ROSE: Bom, então aqui nós já entramos num fator, que a Vânia está demonstrando conhecimento na área do diagnóstico que nós não temos.

JANE: Então nós vamos aprender.

ROSE: Então nós não somos competentes pra fazer isso. Nem nós, nem os alunos. Então talvez nós não sejamos nem competentes a discutir o assunto. (GF2)

Algumas participantes entendem que o diagnóstico de enfermagem, segundo a taxonomia adotada, não oferece contribuição ao cuidado que vem sendo prestado ao paciente. Para elas, “este diagnóstico” é uma forma de posicionamento da enfermeira. O que de fato ajuda é realizar um bom histórico do paciente, conhecê-lo bem para identificar os problemas e fazer uma boa prescrição, já que “este diagnóstico” não é utilizado em outras instituições hospitalares além do HCPA.

Essa opinião é refutada pela Raquel ao indicar que a proposta diagnóstica veio clarear uma etapa do processo de enfermagem realizado há mais de vinte anos no HCPA, já que anteriormente se listavam os problemas de enfermagem e estes não estavam claros para as enfermeiras. O diagnóstico, de acordo com esta participante, é um instrumento que está se construindo no ensino e na prática. Além disso, se for realizado um bom levantamento dos dados, o diagnóstico flui automaticamente.

Com pensamento similar, registrado no artigo de Antunes (2000), Garcia expõe que em todo encontro ocorrido entre a enfermeira e a clientela que precisa do seu cuidado, o processo

de enfermagem é indubitavelmente instituído. A única forma de não aplicar o processo de enfermagem é evitar este encontro, seja com um indivíduo, família ou comunidade.

Complementando as ponderações anteriores, a Jussara expressa que essa linguagem, ao agrupar sinais e sintomas, e as etiologias, é uma metodologia que visa a construir uma linguagem nova que realmente posiciona. Na sua percepção, esta terminologia é confusa e nem sempre adequada ao nosso cotidiano. Entretanto, tendo em vista o investimento que está sendo feito no seu desenvolvimento, se ela passar a ser adotada de maneira coerente, poderá ser reconhecida pelas enfermeiras.

Embora questionando com veemência a terminologia e argumentando que o enfermeiro faz diagnóstico mesmo que não o descreva, uma das participantes reconhece que ele favorece os registros de enfermagem e o posicionamento da classe. Esta idéia é complementada pela Jussara, ao ressaltar a importância do registro como forma de compartilhar conhecimento. O diagnóstico oferece, então, uma linguagem mais uniforme, mostrando que a enfermagem existe e o que faz.

Nem todas as participantes aceitam tranquilamente a nova proposta de diagnósticos de enfermagem. Para algumas, existem situações de doença já conhecidas e que estão recebendo outra denominação. Uma das integrantes do grupo é enfática ao dizer que entende cada vez menos a proposta da NANDA. Esta opinião é endossada pela Rose, que considera válido o diagnóstico para as situações que a enfermagem está buscando. Mas para outras, cujos diagnósticos patológicos já estão incorporados à prática da enfermeira, dar um nome diferente se torna ridículo.

A forma como o enfermeiro está buscando redigir o diagnóstico, fazendo todo um processo diagnóstico, possibilita definir melhor o seu campo de trabalho. Ele se diferencia do diagnóstico médico, pois este está voltado para a patologia, enquanto aquele focaliza uma pessoa que possui determinada patologia.

JUSSARA: Às vezes a gente vê no diagnóstico médico o nome da patologia e não vê o indivíduo. E isso perturba muito, porque esse indivíduo deixa de ser uma pessoa. Ele é tratado porque ele é um pé torto, ou ele é um prematuro. É o dia-a-dia. O ortopedista vem lá e pergunta do pé torto, ele não pergunta pelo bebê. Mas só complementando isso em nosso diagnóstico, ele passa a ser uma linguagem voltada às necessidades de uma pessoa e às ações que a gente vai executar junto com ela. (GF2)

Um outro aspecto em relação ao uso do diagnóstico, discutido no grupo, refere-se à exposição da enfermeira ao fazê-lo. Ao escrever o diagnóstico, ela se compromete com a avaliação que realizou, e que poderá estar errada. De acordo com Gordon (1994), trabalhar com o diagnóstico de enfermagem implica trabalhar com riscos, risco de não ter coletado todas as informações necessárias, risco de julgar mal, risco de errar. É necessário, portanto, ter um grau de incerteza tolerável para realizar uma afirmativa diagnóstica. Cruz (1997a), por sua vez, propõe substituir esses riscos por oportunidades, como oportunidade de acertar, de julgar apropriadamente, de avançar na possibilidade de controlar o cuidado de enfermagem, redundando em sentimento de segurança e orgulho na prestação de contas junto à sociedade.

Outra controvérsia debatida refere-se ao diagnóstico de enfermagem ser um conhecimento totalmente novo ou um aprimoramento de um conhecimento preexistente. Uma das participantes é enfática em dizer que os enfermeiros não constroem um alicerce sólido de conhecimento, pois mudam antes que isso ocorra. Contrapondo esse entendimento, para outras trabalhar com os diagnósticos de enfermagem é dar continuidade a um conhecimento já trabalhado, como ilustram as falas a seguir:

LÚCIA: Ao invés da gente concluir, nós não concluímos. Quando a gente consegue sair um pouquinho, nós inventamos uma nova linguagem. Aí vai todo mundo aprender. Aí as professoras macacas velhas, que estavam começando a ensinar coisas, vão começar a aprender de novo. Tu entendeste? Não fixa o nosso conhecimento. Não que eu ache que a gente tenha que estagnar. Muito pelo contrário. Mas eu acho que a gente tinha que formar um alicerce e fazer plantação em volta dele, e não desmanchar o alicerce e construir outro. Nós estamos sempre construindo uma coisa nova. (...) Até pode vir um diagnóstico, pode vir um não sei o quê. Mas que a gente não precisasse perder o que a gente tem, zerar e começar de novo porque aí nós não vamos ter nunca uma ciência continuada.

ELOISA: Mas eu acho que a gente não está zerando nada. Essa é a minha impressão. Pelo contrário, a gente está aproveitando todo o processo, todo o levantamento de problemas e está tentando aprimorar isso que a gente tem. E pra gente aprimorar, a gente tem que se reciclar. Então, isso nos causa dificuldade. Eu não penso que a gente está zerando, mas ele requer trabalho. Por que a resistência? Porque requer trabalho. (GF3)

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA, cuja proposta é serem universais, nem sempre se encaixam à situação dos pacientes. Exatamente por visarem à universalidade apresentam dificuldade de compreensão. Em decorrência das questões culturais, fazem-se necessárias algumas adaptações. Segundo a Rose, se o diagnóstico for regionalizado, deixa de ser universal. Para Paula, num primeiro momento, a enfermeira deve usar aquilo que já está estruturado e tentar fazer as adequações. Quando não for adequado, numa próxima etapa, novas definições precisarão ser pensadas.

Nova polêmica surge no grupo evidenciando posições aparentemente divergentes. Algumas manifestam desconfiança em relação aos benefícios para o paciente decorrentes dos diagnósticos. Há descrédito quanto à contribuição real ao cuidado e se a proposta ficará restrita à equipe de enfermagem. Em contrapartida, outras afirmam com veemência que, mesmo os diagnósticos de enfermagem permanecendo no espaço intraprofissional, eles representarão um ganho para o paciente na medida em que qualificam o processo de cuidado e favorecem o seu registro. Além da prática, também o ensino será beneficiado, como expressa a transcrição a seguir:

ROSE: Gente, primeiro eu quero saber se eu quero ele. Eu não quero saber se eu vou estudar. Eu quero saber a importância dele. Eu quero saber se vai melhorar a vida do paciente, eu sabendo o diagnóstico. Se vai melhorar a vida do paciente eu colocá-lo no papel. Se os outros vão ler ou se sou só eu que vou ler e ninguém mais vai ler.

RAQUEL: (...) eu tenho certeza que ele vai acrescentar pelo paciente. Se ele for consumido só pela enfermagem já é um ganho. Primeiro, se as enfermeiras conseguirem passar de uma para outra os diagnósticos feitos, até pra ver: 'Pô! Mas esse paciente estava assim numa internação, mas agora ele está assim.' Entende? Já é um ganho se nós consumirmos isso. E ele certamente vai qualificar esse nosso PROCESSO de cuidado. E nós vamos ter um pouco mais registradas as nossas ações. Eu intervir por quê? Pra resolver este problema do paciente. Eu resolvi, eu não resolvi, resolvi esse e não resolvi aquele. Aquele é crônico. Tu trata uma diabetes, tu não curas uma diabetes. Tu compensas uma diabetes. Vão ter diagnósticos que nós não vamos resolver, mas nós vamos fazer a manutenção. Eu não conheço quase nada, mas eu tenho claro que, se nós soubermos usar bem, isso vai repercutir dessa maneira pro paciente, vai chegar nele.

PAULA: Bom, eu acho assim, que contribui para a prática da enfermagem e para o ensino também, porque lá na unidade que eu compartilho campo de estágio com a Lúcia e com a Laís, os alunos, de tarde com a Laís e de manhã ela tem aula, elas fazem as prescrições, elas colocam os diagnósticos e os alunos estão começando a conhecer o processo de enfermagem no quarto semestre. Eles já pegam, eles já lêem, eles já fazem o raciocínio, eles me perguntam. Enfim, eles vão começando já a se engajar num todo.

ROSE: Eles gostam mesmo. Os alunos se entusiasmam, gostam, buscam. (GF3)

A introdução dos diagnósticos de enfermagem é compreendida como um processo pelo qual passa a profissão, pela busca de uma teorização que explique a prática profissional, porque a essência prática vem primeiro. A teoria e a prática juntas se complementam.

ROSE: (...) Tudo é um processo. Nós estamos passando por um processo. Até o processo de gostar e não gostar, querer, é um processo pra tu aprenderes.

LAIS: Também acho!

RAQUEL: É bem o que a Rose diz. A enfermeira faz isso. Só que agora, a gente está buscando uma teoria, uma metodologia, uma sistematização, um conhecimento que embasa aquilo que nós fazemos, que mostre porque que nós fazemos aquilo. (GF3)

A questão teoria-prática em relação aos diagnósticos de enfermagem é associada à questão da humanização. Uma das participantes desdenha a preocupação atual com a humanização, questionando se antes nós não éramos humanas. A essa posição, várias participantes trazem exemplos do modelo de enfermagem adotado, argumentando que o profissional era muito rígido, mantendo horários de banho para os pacientes que se assemelhavam aos dos quartéis, restringiam as visitas de familiares e impediam que a mãe acompanhasse o filho durante a internação. Estas atitudes, que outrora eram inquestionáveis, foram caracterizadas de “desumanas”. Tiveram importância numa determinada época, mas houve uma evolução a partir da prática e da teoria, que possibilitou a conscientização e mudança. De forma semelhante, hoje o foco está sendo o diagnóstico de enfermagem.

Não houve consenso entre os membros do grupo focal quanto ao diagnóstico de enfermagem ser bom ou ruim. Há aspectos positivos e outros de difícil aceitação por não estarem adequados à nossa realidade. Por ser uma proposta ainda nova em nosso meio, muitos professores não estavam preparados para trabalhá-la com os alunos. Embora entendendo que possivelmente ele seja necessário, e que auxilie o posicionamento da enfermeira, sua falta não tem sido sentida, pelo menos neste momento. Talvez, segundo algumas participantes, no futuro seja uma necessidade que se imponha, hoje não é sentida dessa forma.

As discussões, neste prisma, sugerem que a incerteza dos docentes diante do diagnóstico de enfermagem, não é somente uma incerteza de caráter cognitivo, mas também epistemológico. E esta incerteza tem repercussões no ensino, exigindo uma postura mais indagadora e mais reflexiva do docente. Nesse sentido, Enricone (2001, p.50) assevera que “quanto maior o grau, ou a quantidade de incerteza, ou o tipo, ou a natureza da inovação, as atividades educativas exigirão mais teorização e pesquisa e, portanto, atividade reflexiva”.

6.2.2 Estratégias de ensino-aprendizagem

As estratégias de ensino-aprendizagem englobam aspectos vinculados especificamente ao diagnóstico de enfermagem, bem como outros que dizem respeito à comunicação escrita e computacional que se relacionam ao diagnóstico e seu ensino.

6.2.2.1 Aspectos específicos do diagnóstico de enfermagem

As estratégias de ensino-aprendizagem manifestadas pelas participantes do grupo focal compreendem aprender de forma conjunta com os alunos, já que identificam lacunas no seu conhecimento e referem não possuir muito tempo para tal. Acompanhar alunos em campo de estágio no hospital universitário, orientar trabalhos sobre o tema e utilizar estudos de caso são estratégias já utilizadas e apontadas como favorecedoras do ensino dos diagnósticos de enfermagem. Ao lado de estratégias cognitivas amplamente discutidas, é possível perceber a postura metacognitiva de uma participante, ao ressaltar a conscientização e a reflexão na tarefa de ensinar.

Na visão das participantes, os alunos apresentam maior tranquilidade e facilidade de aprendizagem em relação ao diagnóstico de enfermagem do que o professor. Eles se entusiasma e muitas vezes acabam entusiasmando o professor. Mesmo aqueles professores que estão estudando a proposta da NANDA há mais tempo consideram-se “engatinhando” na temática. O professor precisa estudar, ser inclusive autodidata. Às vezes ele se expõe, erra, acerta, mas, para um dos membros do grupo, esta é a maneira de aprender, junto com os alunos.

Embora reconhecendo a necessidade de atualização, nem sempre o docente dispõe de parte do seu tempo para preencher as lacunas que ele mesmo identifica. Há, entretanto, a postura de aprendente, ao reconhecer que não possui a competência necessária para diagnosticar em enfermagem, como expressa a fala a seguir:

RAQUEL: A gente está implantando o diagnóstico lá no hospital, mas eu não sento na frente do computador pra fazer diagnóstico de pacientes. Eu só sento quando eu estou com os alunos, e eu acho pouco isso pra poder ajudá-los. Na verdade, eu estou aprendendo junto com eles, e eu digo isso pra eles. Os enfermeiros também estão aprendendo junto com eles porque isso é um conhecimento novo. Mas eu tinha me proposto nesse semestre ir uns dez, quinze dias pra unidade pegar uns dez pacientes pra fazer diagnóstico, mas não consigo fazer porque tu ficas envolvida nas outras questões gerenciais e não acha um tempo pra isso. Então, é uma necessidade que eu sinto. (GF1)

Alguns docentes da Escola de Enfermagem da UFRGS assumem cargos diretivos ou de assessoria no HCPA, dividindo sua carga de trabalho entre atividades gerenciais e de ensino. Esta participante se refere a estas exigências, que são inúmeras, restando pouco tempo para a própria atualização.

Esta mesma participante, na sessão seguinte, relata suas experiências com o diagnóstico no ensino, seja acompanhando alunos do oitavo semestre em estágio no HCPA, seja orientando trabalhos de conclusão do curso sobre a temática. Sua contribuição na elaboração dos trabalhos tem sido direcionada aos aspectos metodológicos do estudo, por reconhecer deficiências em si quanto ao domínio da temática diagnóstico, como ilustra a seguinte transcrição:

RAQUEL: (...) o diagnóstico de enfermagem oportuniza um conhecimento mais aprofundado do paciente. Ele oportuniza uma aproximação do paciente. Para tu formulares um diagnóstico, tu tens que ter conhecimento do paciente, conhecimento científico dos problemas que estão relacionados. Quer dizer, nós trabalhamos especificamente com três diagnósticos ou um diagnóstico. Se trabalhou profundamente. O primeiro trabalho foi levantar os diagnósticos existentes. Foi um estudo de caso onde se trabalhou todos os diagnósticos que surgiram. O segundo trabalho já foi olhar com profundidade três diagnósticos de pacientes transplantados de medula (...)Elas estão planejando uma intervenção em cima de uma tomada de decisão fundamentada. (GF2)

Os Estudos de Caso constituem uma importante metodologia empregada no ensino de enfermagem, especialmente em campo de estágio, quando o aluno tem oportunidade de estudar aprofundadamente a situação do paciente que está cuidando, favorecendo a construção dos diagnósticos de enfermagem. Tanto o professor como o aluno se obrigam a buscar conhecimento a fim de averiguar se um diagnóstico de enfermagem corresponde à situação apresentada pelo paciente.

Essa metodologia é utilizada como estratégia de ensino na disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, com a inclusão do diagnóstico de enfermagem a partir de 1995, sendo incorporado de forma gradativa pelos docentes. É realizado um histórico descritivo do paciente, com o levantamento dos dados pertinentes para a formulação do diagnóstico de enfermagem e os respectivos cuidados. O diagnóstico médico também é incluído. Estes estudos de caso são apresentados para os colegas e professores e discutidos entre eles. Além dos estudos de caso de uma situação real, casos fictícios são utilizados nas aulas teóricas e nas avaliações.

Para ilustrar Estudos de Caso progressivos, trago a experiência de Connell e O'Neil (2002), da Escola de Enfermagem do Boston College, relatada no Painel de Educação durante a NNN Alliance Conference, na qual participei em Chicago. As docentes utilizam três estudos de caso, sendo que no primeiro deles são fornecidas as informações sobre o paciente e os diagnósticos de enfermagem elaborados. No segundo estudo de caso, os dados sobre o paciente são apresentados aos alunos que terão oportunidade de analisá-los e selecionar os

diagnósticos de enfermagem dentre uma listagem. Por último, o próprio aluno coleta e apresenta os dados, formulando os diagnósticos de enfermagem.

Algumas estratégias de ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem têm sido relatadas em eventos nacionais e internacionais. Barbeito et al. (2001) registram suas experiências em duas escolas de enfermagem espanholas. Os alunos são divididos em dois grupos e é apresentada uma situação familiar na área da pediatria, em que são enfatizadas diversas necessidades de cuidado com a criança, sendo promovido um *brain storm* sobre os problemas detectados. Os pequenos grupos identificam os sinais e sintomas dos problemas e escolhem as intervenções e as respostas para os problemas. Após, cada pequeno grupo apresenta seus resultados ao grande grupo e, ao final, os docentes fornecem os nomes dos diagnósticos de enfermagem, e os alunos estudam a categoria diagnóstica nas referências bibliográficas. Esta experiência é realizada sob a forma de pesquisa, em que um dos grupos é controle e o outro experimental. De acordo com os autores, o grupo experimental, cujo conhecimento prévio é utilizado na construção do conhecimento, apresenta melhores resultados quanto a aprendizagem significativa e motivação.

A Vânia lembra que a bibliografia utilizada traz a realidade norte-americana e, por vezes, os nossos clientes apresentam uma vivência diversa. Isso tem dificultado o próprio ensino, em que é realizado o raciocínio diagnóstico correto, porém no momento da sua denominação não é encontrado um título adequado à situação do paciente. Na sua opinião, nós devemos criar vários diagnósticos e encaminhá-los para inserção na lista da NANDA. Esta possivelmente será uma estratégia futura, na medida em que os diagnósticos de enfermagem estiverem consolidados no ensino e na assistência. Por meio de pesquisas, os professores e alunos de enfermagem e as enfermeiras do HCPA poderão propor novos diagnósticos e enviá-los à NANDA a fim de que a realidade do sul do Brasil seja contemplada na taxonomia proposta, ou em outra que porventura venha a ser utilizada.

Trabalhar com diagnóstico de enfermagem não significa zerar conhecimento, anular o que já existe e começar do nada, desconsiderando qualquer conhecimento prévio. Trabalhar com diagnóstico de enfermagem supõe utilizar uma etapa do processo de enfermagem que não vinha sendo empregada até então, o que requer aprendizado e ensino. Este processo não encerra com o conhecimento cognitivo, mas envolve reflexão e conscientização, ou seja, uma postura metacognitiva, como ilustra a transcrição a seguir:

VÂNIA: Eu concordo com algumas de vocês que colocaram aqui que não é zerar. Que isso é o processo de ensino e de aprendizagem, de educação. Por exemplo: tu dás uma aula, tu tens um conteúdo, tu ministras aquele conteúdo, estás trabalhando naquela área. Aí tu pensas, trabalhas com aquilo, estás empregando uma nova tecnologia. Aí, tu vais, ages com aquilo e ao mesmo tempo tu buscas entender. Quando tu buscas entender, tu estás refletindo sobre isso que tu estás fazendo e aí tu já percebes ele de uma forma diferente. Aí, tu vais adiante. Da outra vez, eu já vou ministrar a minha aula de forma diferente, já vou fazer aquele cuidado de forma diferente. (GF3)

Os processos cognitivos referem-se aos aspectos automáticos e inconscientes, ou pré-conscientes que cada indivíduo utiliza para desempenhar alguma tarefa. Por não serem conscientes, estes processos não podem ser controlados. Os processos metacognitivos, expressos na fala anterior, dizem respeito aos aspectos conscientes. Concomitante ao desempenho de uma atividade cognitiva, o indivíduo lança mão de algumas estratégias de ação e de reflexão consideradas por ele como ideais para alcançar o propósito desejado, de forma voluntária, monitorando seu próprio comportamento, o que configura uma atividade metacognitiva (ANTONIJEVIC e CHADWICK, 1983; BELTRÁN, 1994; POERSCH, 1998).

A metacognição tem sido utilizada no ensino de enfermagem, inserida numa epistemologia construtivista, ao oferecer uma alternativa à pedagogia tradicional. Refere-se à compreensão e à qualidade do aprendizado (PETERS, 2000). As estratégias de auto-regulação da aprendizagem possibilitam formar futuros enfermeiros capazes de refletir e de pensar criticamente sobre sua própria prática (KUIPER, 2002). Alguns autores têm utilizado estratégias metacognitivas especificamente no ensino do raciocínio diagnóstico evidenciando seus benefícios na organização do conhecimento básico requerido, no acesso consciente e rápido deste conhecimento e ao favorecer a perícia no processo e diagnóstico de enfermagem, dentro de uma estrutura consciente e deliberada (PESUT e HERMAN, 1992; HERMAN, PESUT e CONRAD, 1994; CHARTIER, 2002).

Uma das participantes adverte que as mudanças de referencial teórico refletem as tendências daquele momento, a partir das propostas de estudiosos que vão surgindo. Frente às alterações, ela sugere como estratégia utilizar a proposta do diagnóstico de enfermagem na sua totalidade com o intuito de julgar sua pertinência no ensino. Ela aponta algumas falhas no estabelecimento dos diagnósticos, como identificá-lo apenas de acordo com a definição conceitual do título diagnóstico, mas sem certificar-se da existência de sinais e sintomas apresentados pelo paciente que caracterizariam cada um dos diagnósticos de enfermagem. A fala a seguir ilustra esse posicionamento:

JUSSARA: Eu acho que o que aconteceu foi isso, esse referencial teórico foi mudando. Outros estudiosos foram aparecendo, e a gente foi usando o mesmo processo, incluindo um diagnóstico que não é bem aquele que a gente conhecia. É uma forma de trabalho, mas não deixa de ser uma forma de avaliar o nosso cliente, o paciente, de uma maneira diferente. E eu acho que é isso que perturba mais. Se a gente vai pensar em estratégia tem que começar a usar. Quando eu começo a usar é fácil. Eu começo a ver o mérito e o não-mérito. Se o mérito está no que eu digo ou na minha falta de conhecimento no executar todos os passos do processo. Porque eu tenho que me preocupar que quando eu faço um diagnóstico, eu tenho que também ter sinais que confirmam aquele diagnóstico e a tendência da gente, às vezes, é fazer o diagnóstico sem pensar nos sinais. Tu pegas, olhas um diagnóstico e reflete o teu paciente, mas tu não colhes aqueles sinais. Não estão descritos em nenhum lugar, a não ser em ti que idealizou aquele diagnóstico como correto. Eu acho que esse exercício que nós como professores precisamos fazer, coletarmos as informações. (GF4)

Frente a essas ponderações, algumas participantes afirmam que através do exame físico e da entrevista se identificam os sinais e sintomas. Ou seja, por meio dos dados subjetivos e objetivos é possível estabelecer relações que dêem origem ao diagnóstico de enfermagem. Contudo, o que difere é justamente o raciocínio que advém após esta etapa, como alerta um dos membros em sua fala:

ELOISA: Levantar os sinais e sintomas ou problemas de enfermagem a enfermeira sempre fez, é um conhecimento já sabido. O novo está a partir daí, realizar o processo diagnóstico e denominá-lo de acordo com a taxonomia escolhida. O que está faltando é justamente esse embasamento, essa teoria. (GF4)

Em relação às noções de método e de competência metodológica no contexto do ensino, Rey (2002) ressalta estar em jogo a oposição existente entre aquilo que é mecânico - a receita, o automatismo, a rotina -, e a reflexão, a criatividade e a inventividade. Na visão do autor, esta oposição é ilusória, pois mesmo nos momentos mais criativos, os automatismos e receitas prontas são utilizados. Esta é condição inerente à liberação do espírito, de parte das tarefas, para dedicar-se melhor ao essencial.

6.2.2.2 Comunicação escrita e computacional relacionada ao ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem

O ensino das demais etapas do processo de enfermagem, em estreita relação com o diagnóstico, como também sua comunicação escrita e computacional no hospital universitário foram tópicos debatidos e incluídos nas estratégias de ensino-aprendizagem.

A coleta de dados, etapa essencial à elaboração dos diagnósticos, foi foco de discussão no grupo focal. Uma das participantes adverte que os alunos do quinto semestre, ao iniciarem a disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, ainda não sabem coletar a história do

paciente, o que tem dificultado realizar seu(s) diagnóstico(s) e cuidá-lo adequadamente. Após essas críticas, outro componente do grupo que integra a disciplina anterior posiciona-se defensivamente, relatando que sua carga horária é pequena e que o aprendizado do aluno deve ser constante, sendo atribuição do professor proporcionar esta continuidade.

O levantamento ou coleta de dados constitui-se alicerce no qual se baseiam as etapas subsequentes. As decisões referentes aos diagnósticos e intervenções de enfermagem, além da avaliação dos resultados apóiam-se nas informações obtidas nessa ocasião. Esta etapa compreende não apenas a coleta de dados, mas inclui sua validação e organização, a identificação de padrões e testes de impressões iniciais e o relato e registro desses dados (SOUZA, BARROS e MICHEL, 2002).

A discussão volta-se para a realidade do HCPA, em que ocorre grande parte das práticas de ensino. Lá, quando o paciente é recebido no serviço de Emergência, ou em qualquer unidade, é iniciada a coleta de dados e registrado em formulário próprio que segue no seu prontuário durante toda a internação. Quando este paciente é transferido para uma unidade de internação, ou não foi possível coletar todos os dados pertinentes num primeiro momento, eles devem ser completados. É enfatizada a importância de o docente solicitar ao aluno nova coleta, para complementação dos dados quando os registros forem insuficientes, o que favorece a aproximação aluno-paciente, compelindo-o a estudar mais a fundamentação clínica. A fala a seguir evidencia esta estratégia de ensino-aprendizagem utilizada com certa frequência nos estágios práticos:

VÂNIA: (...) mas pelo menos para perceber que para tu elaborares um diagnóstico e chegar lá numa intervenção de enfermagem, numa prescrição, tu tens que ter coletado os dados adequadamente. Eu canso de mandar os meus alunos: Olha, tu vais lá e coleta esse dado de novo. Olha, aqui tu tens que explorar isso se tu queres fazer estudo de caso. (GF3)

O formulário supra-citado, de Anamnese e Exame Físico utilizado na coleta de dados dos pacientes pela enfermeira no HCPA, passa a ser item de discussão, já que é utilizado no ensino dos alunos de graduação. Para algumas participantes, este formulário possui campos descritivos reduzidos, oferecendo uma visão limitada do paciente. Por vezes falta espaço para registrar informações relevantes. Esta opinião é refutada por outras, que atribuem a falha das informações ao seu preenchimento inadequado ou incompleto, mais do que devido a deficiências do instrumento. Embora ele seja considerado bom para os enfermeiros, se não contiver os dados necessários, inviabiliza a elaboração de diagnósticos de enfermagem.

A construção de um instrumento de coleta de dados precisa refletir algo da cultura da instituição, de forma a evidenciar sua filosofia de trabalho e as crenças das enfermeiras relativas ao cuidado dos pacientes. As partes que o compõem podem revelar os conceitos interligados dos diferentes referenciais teóricos utilizados na sua concepção. Esta construção compreende um processo dinâmico, requerendo constante avaliação no decorrer da sua utilização, buscando as adequações necessárias às mudanças do modelo de sistematização da assistência de enfermagem assumido, às características da clientela, às características e às necessidades da equipe de enfermagem e, ainda, às modificações nos processos de trabalho ocorridos na instituição (SOUZA, BARROS e MICHEL, 2002).

O atual instrumento de coleta de dados do HCPA passou por reformulações como decorrência do modelo de sistematização da assistência de enfermagem adotado que incluiu os diagnósticos de enfermagem da NANDA e da implantação do prontuário eletrônico do paciente. Este instrumento, como destacam as autoras referenciadas, tem sido foco de avaliação, visando ajustes que atendam às necessidades e características da clientela e da equipe de enfermagem, e com o intuito de coletar informações precisas que possibilitem a elaboração dos diagnósticos de enfermagem do paciente.

Este impresso tem auxiliado a enfermeira que não disponibiliza de muito tempo para sua aplicação. Contudo, pode limitar o raciocínio diagnóstico do aluno caso ele se restrinja a perguntar estritamente o que está nele contido. Segundo uma das participantes, que utiliza um modelo descritivo com alunos de outra universidade, o aluno da UFRGS “não precisa raciocinar muito porque ele vai preenchendo os cabeçalhos”. (Rose, GF3)

Diante das opiniões contrárias, as próprias participantes se questionam sobre o melhor modelo de coleta de dados para o aluno. Uma das integrantes argumenta que é preciso ensiná-lo a ser crítico, a conscientizar-se de que a realidade do HCPA não é a mesma do restante do país, tampouco de outras instituições da cidade, e aprender a criar a partir das vivências proporcionadas na prática, como expressa a fala a seguir:

ELOISA: Eu acho que às vezes a gente fica lidando com a perfeição, de como seria melhor. Isso não existe. Muitas vezes a gente tem que ensinar os alunos a serem críticos, a ter jogo de cintura e ver que essa realidade não é a realidade do Brasil. Começando por aí, do povo brasileiro, da saúde do país, nem de Porto Alegre. Eu acho que esse é o primeiro exercício, dizer pra eles: ‘que bom que vocês estão podendo ter essa experiência, mas não é assim. Frente a isso vocês vão ter que aprender a criar, a ter criatividade.’ E daí entramos nós enquanto docentes, ter jogo de cintura para estar fazendo essas situações para eles terem esses raciocínios diferentes. (GF3)

Ter criatividade e abertura para enfrentar mudanças são características já citadas nos atributos do profissional competente, que uma vez mais aparecem relacionados ao processo de enfermagem, ou etapas deles, para viabilizá-lo na prática cotidiana do enfermeiro. Nesta mesma perspectiva, é lembrada a necessidade de adaptação ao próprio instrumento de coleta de dados do HCPA, recentemente modificado, pois sua estrutura atual baseia-se nas Necessidades Humanas Básicas em substituição ao modelo de exame físico céfalo-caudal.

Os diagnósticos de enfermagem do paciente não têm sido registrados no prontuário, configurando uma lacuna na comunicação escrita. Um local onde ele poderia constar, segundo uma integrante do grupo, é na evolução diária realizada pela enfermeira. No sistema Weed de registro, em que constam o subjetivo, o objetivo, a impressão e a conduta, poucos enfermeiros utilizam o item impressão para registrar suas hipóteses diagnósticas, como ilustra a transcrição a seguir:

LAIS: Nós, professores, trabalhamos o processo de enfermagem. Quando o nosso aluno faz a evolução, a gente pede que ele faça o subjetivo, o objetivo, a impressão e a conduta. E o aluno tem a mania de pular a impressão e passar direto pra conduta. Porque na hora que eu escrevo a impressão, eu estou colocando a minha competência profissional em jogo com base no que eu coletei. E o enfermeiro, a nossa prática aqui no hospital costuma fazer isso, pular a impressão e passar pra conduta. O que é a impressão? É o diagnóstico. O dia que a gente passar a trabalhar efetivamente com o diagnóstico, na hora da impressão a gente vai ter que colocar diagnóstico. (GF2)

O local de registro do diagnóstico de enfermagem no prontuário do paciente não é consenso, sendo que algumas participantes expressam não ter sido definido ainda. É relatada a experiência de uma unidade de internação, cujas enfermeiras estão substituindo a lista de problemas por lista de diagnósticos, com data de abertura e fechamento. Estas questões refletem o momento de transição vivenciado, em que a metodologia de cuidado, sua informatização e registros encontram-se em construção.

As participantes do grupo focal avaliam que a qualidade do processo de enfermagem não é boa, alegando que a enfermeira está sobrecarregada. Elas têm passado a maior parte dos seus turnos de trabalho envolvidas em atividades assistenciais, mas deixam de realizar as evoluções, ou seja, de registrar os cuidados realizados, como expressa a fala a seguir:

RAQUEL: A qualidade dele, claro que está ruim! Só que é como a Vânia disse, faz 20 anos. O número de enfermeiros é o mesmo. O número de pacientes quase o mesmo, mas a gravidade muito pior. Quer dizer, tu tens que intervir muito mais com esse paciente e não mudou muito o número de enfermeiros pra fazer isso. E outra coisa, o nosso modelo de trabalho tem que melhorar, que é o que a gente quer, até com o próprio Primary Nursing. Hoje, nós fizemos uma pesquisa com os enfermeiros, o que eles fazem de atividades. O que

elas mais fazem é cuidado assistencial para o paciente. Atividade assistencial. Tem cuidados, tem avaliação do paciente, orientação do paciente. Tudo isso nós colocamos em atividade assistencial direta ao paciente junto com os procedimentos. E o que elas mais deixam de fazer é o registro, as evoluções. Quer dizer, elas fazem uma carga grande de cuidado direto para o paciente, de avaliar o paciente, orientar o paciente, fazer curativo, não interessa se é só um. E não registram isso, não estão conseguindo registrar porque não têm tempo de fazer isso. (GF3)

Na percepção da Lúcia, muitas atividades que as enfermeiras realizam são duplas, como o registro dos dados do paciente em um “caderninho de anotações”. É freqüente que este caderninho, que é descartado após 24 horas, contenha mais informações que as evoluções do paciente no prontuário. Embora ele tenha sido concebido como um roteiro sucinto, contendo informações básicas do paciente - como o seu nome, número do quarto-leito, diagnóstico, cirurgia e intercorrências - ele tomou outras proporções, abarcando por vezes descrições minuciosas, nem sempre registradas em prontuário. Essas constatações permitem inferir que as enfermeiras realizam registros, evoluem os pacientes, mas freqüentemente em local inadequado. Há consenso de que os registros contidos no caderninho são riquíssimos e servem também para os alunos de enfermagem. Não apenas para os discentes que estão cursando a disciplina de Administração, como também para os demais, que utilizam essas informações para escolherem os pacientes que irão cuidar.

As anotações contidas no caderninho das enfermeiras contemplam os diagnósticos médicos, mas não os de enfermagem, sob a alegação de não haver espaço para escrevê-lo. Algumas participantes declaram não ter condições de trabalhar sem o diagnóstico médico, expondo o pensamento de grande parte das enfermeiras docentes e assistenciais, que sempre trabalharam de forma dependente do diagnóstico médico e ainda não visualizam vantagens em utilizar o diagnóstico de enfermagem. Além disso, o diagnóstico de enfermagem ainda não aparece registrado no prontuário do paciente do HCPA. Deste modo, se ele não existe no prontuário, também não há sua documentação no caderninho das enfermeiras. O sistema informatizado, em desenvolvimento, possui várias inadequações, como não possibilitar sua impressão em documento pertencente ao prontuário do paciente. Contudo, há o reconhecimento das participantes de que as falhas existentes estão sendo sanadas gradativamente.

A discussão gira em torno do reflexo que estas situações têm para o aluno. O entendimento é de que ele aprende a acessar o computador e a fazer a prescrição de enfermagem, tal qual tem sido feito pelo enfermeiro, cuja preocupação e obrigação é

prescrever os cuidados ao paciente. Nesta perspectiva, é reforçada a importância do docente como mediador na aprendizagem do aluno, levando-o a refletir acerca do comprometimento ético e legal de realizar prescrições de cuidados desvinculados dos diagnósticos de enfermagem que o paciente apresenta e que são decorrentes do seu julgamento clínico a partir das informações coletadas.

6.2.3 Contexto Institucional do Curso de Graduação

Nesta categoria são abarcados aspectos da estrutura curricular e da política institucional do curso de Enfermagem da UFRGS, correlacionadas ao ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem e ao desenvolvimento da competência dos futuros profissionais e dos docentes.

6.2.3.1 Estrutura Curricular

Nos debates efetivados pelo grupo focal, é evidenciado o reconhecimento de que o ensino de enfermagem é fragmentado. Algumas participantes admitem faltar algo que agregue os conhecimentos adquiridos pelos alunos nas diferentes disciplinas e que possibilite a sua utilização com competência. Essas considerações foram manifestadas de forma generalizada na primeira sessão, sem pontuar especificamente o ensino do diagnóstico de enfermagem. No encontro seguinte, houve a manifestação de que o diagnóstico de enfermagem é complexo e exige conhecimentos pouco trabalhados no ensino ou abordados de forma superficial, dificultando a sua determinação com acurácia.

A percepção de descontinuidade curricular já foi detectada em Fórum realizado na Escola de Enfermagem há mais de um ano. Segundo uma participante, entre outras causas, existe falta de planejamento entre os semestres. Esta lacuna fica evidente quando uma participante que é docente do quinto semestre refere que o diagnóstico de enfermagem é trabalhado na disciplina de Adulto I, mas não é dada continuidade no currículo. Em resposta, outra integrante que ministra disciplina do sétimo semestre informa também trabalhar com esta etapa do processo, e que ao dar suporte ao aluno o processo diagnóstico flui. A introdução do estágio curricular, ao final do curso, tem colaborado para o desenvolvimento de competências do aluno, por consistir num momento de integração dos conhecimentos.

No quarto encontro, após muitas discussões, algumas participantes revelaram desconhecer se o conteúdo referente ao diagnóstico de enfermagem configura nas diretrizes curriculares. Posicionando-se com firmeza, um dos membros manifesta discordância acerca da dúvida exteriorizada, uma vez que ele é uma das etapas do processo de enfermagem. Para ela, onde aparece o processo de enfermagem no currículo, o diagnóstico está automaticamente presente. A sua utilização, entretanto, depende do conhecimento que o docente possui para aplicá-lo. Embora sendo representante do seu departamento na Comissão de Graduação, informa não ter participado das reuniões sobre diretrizes curriculares, alertando para a necessidade de averiguar se consta das competências do enfermeiro estabelecer diagnósticos. Estas considerações estão contidas na transcrição a seguir:

VÂNIA: (...) a minha percepção é que se entra processo de enfermagem como um todo, e no processo aparece diagnóstico de enfermagem, se a gente não utilizava era até porque nós não trabalhávamos esta etapa, mas eu acho que ele sempre esteve presente no currículo quando se fala em processo. (GF4)

Esta afirmação gera tumulto no grupo, que acaba concordando que desde a época de Wanda Horta aparece a etapa diagnóstica, mas sem uma sistematização. O diagnóstico de enfermagem preconizado por Horta (1979) ainda na década de 70, e conhecido pela enfermagem brasileira, não foi adotado na prática (CRUZ, 2001). Isso ocorreu, possivelmente, devido à complexidade da proposta e a falta de continuidade dos estudos decorrente de sua enfermidade, deixando uma lacuna nesta área.

O projeto pedagógico da Escola de Enfermagem da UFRGS (2001) contempla no item competências e habilidades específicas “diagnosticar e aplicar as etapas do processo de enfermagem para solucionar problemas de saúde” (p.23). Esta diretriz demonstra que o ensino deve instrumentalizar o aluno nas diversas dimensões de competência que ofereçam condições para diagnosticar em enfermagem nos diferentes cenários da prática profissional. Não é possível afirmar que os participantes desconheçam tal projeto pedagógico, uma vez que ele foi publicado após o término do grupo focal.

6.2.3.2 Política Institucional

Após discussões acerca da introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino, parece ter sido consenso do grupo que a sua adoção deve advir de uma decisão institucional, e não unicamente individual ou das disciplinas. Alguns fatores estão implicados nesta decisão, como o perfil do aluno a ser formado e as instituições de saúde que acolherão os egressos. A

discussão conjunta e a escolha do referencial teórico a ser seguido no ensino dos diagnósticos podem dissipar a sensação de imposição acarretada com a implantação desta etapa no processo de enfermagem informatizado no HCPA. Em decorrência das decisões do grupo de professores da Escola de Enfermagem, que poderá ser efetivado por meio da realização de um Fórum, faz-se mister a qualificação dos docentes.

Os debates ora pendem para conceber o estudo dos diagnósticos de enfermagem como um compromisso individual oriundo da consciência profissional diante de uma exigência atual, ora como necessidade de conversão em política e filosofia da instituição de ensino.

A inexistência de orientação curricular para que a etapa do diagnóstico seja utilizada e até enfatizada no processo de enfermagem é alegada como responsável pela falta de unificação no ensino. As participantes têm conhecimento de que o estudo dos diagnósticos de enfermagem iniciou na Escola de Enfermagem, por volta de 1994, com um grupo de extensão universitária coordenado por professoras da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, precursoras do seu ensino na graduação. Vários cursos foram oferecidos para os professores e para os enfermeiros da comunidade, mas foi com a implantação do diagnóstico de enfermagem no HCPA que os docentes sentiram necessidade de aprender e aplicá-lo no ensino de forma mais abrangente. Diante da evolução da temática no ensino até então, é manifestada a necessidade de uma decisão institucional, e não mais individual.

Os debates acerca de qual instituição é responsável pela implantação do diagnóstico de enfermagem, HCPA ou Escola de Enfermagem, aparecem em mais de um encontro demonstrando certo incômodo entre alguns participantes mais resistentes à proposta. Um membro do grupo traça um paralelo com a introdução do processo de enfermagem no ensino, há mais de 20 anos, assumido como filosofia da Escola de Enfermagem. Relata que naquela época era enfermeira do HCPA, e na sua percepção o referencial adotado provinha da Escola de Enfermagem da UFRGS. Processo semelhante pode estar ocorrendo atualmente, em que poucos professores participam da introdução do diagnóstico de enfermagem informatizado no hospital, passando para as enfermeiras a imagem de que o diagnóstico é filosofia da Escola, embora não tenha havido uma discussão prévia mais ampla. Na sua opinião, a discussão deveria focalizar o processo decisório sobre os ganhos e perdas do investimento nesse aprendizado, para não permanecer a idéia de que houve imposição, como expressa a fala a seguir:

LÚCIA: Eu só queria dizer que a gente talvez tivesse que estudar um pouquinho o porquê do nosso não aceite desse processo, se não está passando por nós essa idéia de que veio uma coisa pronta, que nós recebemos um pacote pronto. Mas eu quero dizer que tem nuances diversas. E eu estou dando o meu ponto de vista de quando o processo foi implantado. Que talvez aquilo que eu senti naquela época, os enfermeiros tenham sentido hoje. Ou pode ser que não. Eu estou fazendo uma suposição. Eu não estou fazendo nenhum tipo de afirmação porque eu não sei. E aí, eu fico pensando que talvez a nossa discussão tivesse que ser no sentido de como a gente faz um processo decisório para implantar uma mudança em alguma coisa. A gente sempre coloca assim, o que é que aquilo vai trazer de positivo e o que o vai trazer de negativo. E eu, quando fui chefe de serviço (no HCPA), fazia isso com os enfermeiros. Quando a gente queria implantar uma coisa nova, uns eram contra e outros eram a favor. A gente não votava. A gente fazia uma grade e pontuava ali. Isso vai trazer que benefícios? Esse, esse, esse e esse. Que malefícios? Esse, esse, esse, esse e esse. Isso é difícil por que? Por isso, por isso e por isso. No fim a gente somava, colocava um total e via onde é que tinha mais coisas positivas e mais coisas negativas. Então, talvez se a gente discutisse um pouco sobre o ganho que a gente vai ter, pesando junto com o que a gente vai despender nesse investimento, que nós vamos investir nesse aprendizado. Quer dizer, vale aprender uma outra linguagem, ou não? Não estou emitindo a minha opinião. Estou dizendo que talvez fosse bom a gente discutir isso pra poder aceitar a implantação do diagnóstico. (GF4)

No Brasil, as posições opostas ao desenvolvimento de linguagens padronizadas que possam representar aspectos da clínica de enfermagem não têm sido sistematicamente divulgadas, impedindo que haja ampliação e aprofundamento dos debates com argumentação fundamentada a esse posicionamento contrário. É importante que as raízes históricas do diagnóstico de enfermagem e os desafios que acarreta sejam conhecidos pelos profissionais. Ignorá-lo simplesmente seria danoso, contudo é preciso admitir o grande desafio que ele apresenta, como a necessidade de lidar com as incertezas do processo diagnóstico (CRUZ, 2001).

Toda mudança implica resistências, muitas delas razoáveis. As reformas complicam a vida das pessoas, dão trabalho e colocam em evidência certas incompetências. Por que contribuir com uma mudança que poderia colocar-me em dificuldade? Ignorar as resistências seria das melhores maneiras de não empreender uma modificação. Ao contrário, importa coletivizar a incerteza reconhecendo os limites da mudança, envolvendo os colegas que almejam o desenvolvimento do ensino (PERRENOUD, 1999).

A responsabilidade da Escola como formuladora das diretrizes de assistência e de ensino assumidas no hospital foi referida com certa ênfase e preocupação, pois, no entendimento de parte dos integrantes do grupo focal, o diagnóstico de enfermagem tem sido feito como obrigação por enfermeiros, docentes e alunos. Como consequência um grande número de enfermeiros prescreve os pacientes, procurando por cuidados, independentemente de ele possuir o diagnóstico ao qual a prescrição está vinculada. Isso evidencia que muitos

enfermeiros não modificaram o seu raciocínio e continuam pensando em termos de problemas de enfermagem, ou seja, de sinais e sintomas isoladamente. Esta constatação apresenta implicações na formação do aluno, que vivencia a sua prática hospitalar observando e aprendendo também com o enfermeiro assistencial, como ilustra a seguinte transcrição:

RAQUEL: Os enfermeiros não fazem diagnóstico, a maioria ainda. Eles fazem a prescrição. Eles chegam a colocar um diagnóstico de pós-operatório num paciente que sequer fez cirurgia, que não é diagnóstico o pós-operatório. Então, a obrigação gerou uma necessidade e uma distorção do processo hoje. Esse é o estágio que está. E eu acho que a gente tem que resgatar isso aqui também na Escola. Porque tu imaginas a responsabilidade de se implantar um processo desses e deixar isso pro futuro se isso não está claro aqui dentro da instituição formadora que é quem tem que dar as diretrizes disso. A Escola quer isso, o hospital, o laboratório? O hospital vai tocar adiante. Se a Escola não quer, eu acho que o hospital tem que abortar. Entende? Porque eu não posso ter uma coisa lá que não diz respeito. Eu acho que não é isso. Eu acho que a Escola quer também, mas isso não está claro aqui como tu colocaste, esse hiato que tem. Mas eu acho que no momento que a Escola quer, a Escola vai ter que definir linhas norteadoras, até pra ver se o referencial vai ser Benedet e Bub. Por que se optou em trabalhar com Necessidades Humanas Básicas? Também é dentro do referencial da Escola, da Teoria de Horta. Tudo isso foi tentando adaptar pra seguir uma orientação que é da Escola. Que a gente acredita que é importante pra formação do enfermeiro. Esses enfermeiros que estão lá já estão formados. Eles têm outro tipo de pensamento. Nós, professores, também. Então, a gente tem que se reciclar. Hoje aquela obrigatoriedade está fazendo com que o processo esteja distorcido. Está se procurando adequar isso. Mas eu acho que é o momento de se resgatar isso aqui com a Escola, porque o que hoje eles estão fazendo é prescrição de enfermagem por computador, usando um sistema que foi montado em cima dos diagnósticos, mas eles sequer colocam os diagnósticos corretos.

LAIS: E o raciocínio continua sendo o mesmo. (GF4)

A questão relativa aos diferentes referenciais utilizados na Escola e no Hospital de Clínicas, causando confusão entre docentes e discentes, gerou tumulto entre os membros do grupo focal. A bibliografia específica sobre a Taxonomia da NANDA utilizada no ensino de graduação, bem como os livros textos que contêm esta nomenclatura, na sua quase totalidade tradução de obras norte-americanas, apresentam uma estrutura conceitual para organização do sistema de classificação dos diagnósticos que compreende nove Padrões de Respostas Humanas. O referencial adotado no HCPA é o proposto por Benedet e Bub (1999), enfermeiras docentes de Santa Catarina, que conjugaram o modelo conceitual de Horta e os diagnósticos de enfermagem da NANDA. Embora os diagnósticos de enfermagem sejam os mesmos, a estrutura organizacional por Necessidades Humanas Básicas facilita o seu entendimento por ser do conhecimento das enfermeiras brasileiras.

O questionamento atual, então, reside em qual referencial usar. Esta falta de definição se reflete no aluno, que utiliza distintas estruturas conceituais em diferentes momentos ou não emprega a etapa diagnóstica. Cabe à Escola, aos seus professores, determinar como será

desenvolvido o diagnóstico de enfermagem no ensino. No entendimento das participantes é preciso definir se há obrigatoriedade em adotar o mesmo referencial teórico utilizado no HCPA, ou se a Escola de Enfermagem, como geradora de conhecimento, deve trabalhar com diferentes linguagens e utilizar o hospital como exemplo da aplicação de um dos referenciais.

Nesse sentido, a estratégia sugerida foi a realização de um Fórum na Escola para ampliar o debate entre os professores, visando à determinação dos rumos da temática no ensino. Além disso, o grupo de pessoas que trabalha mais diretamente com o diagnóstico deveria oferecer uma atualização sobre a temática para unificar as condutas no ensino.

Mesmo tendo realizado o curso de extensão universitária “Fundamentação teórica e prática do diagnóstico de enfermagem”, que consistiu como pré-requisito à participação no grupo focal, e estarem trabalhando esta etapa do processo de enfermagem com os alunos, os participantes não se sentem suficientemente instrumentalizados acerca da temática.

Para alguns, falta ao professor engajar-se num grupo de estudos, a fim de aprofundar o seu conhecimento e sentir-se mais seguro para trabalhar com os alunos o diagnóstico de enfermagem. Deste modo, também a aprendizagem do aluno será mais efetiva. A insegurança em abordar o processo diagnóstico com os alunos, decorrente do pouco conhecimento que ainda possuem, constitui um dos fatores geradores de resistência dos docentes, admitida por alguns membros do grupo focal.

Compreender que chegou o momento de uma discussão mais ampla e de uma decisão institucional não significa que todas as disciplinas do currículo e todos os docentes da Escola devam seguir a mesma orientação, como ilustra o debate a seguir:

VÂNIA: (...) Agora, eu não acredito também que todo mundo deva ter a mesma cátedra, porque pode ser que tenham pessoas que entendam diferente. Eu penso assim. Por exemplo, lá na saúde pública de repente, como tu vais empregar lá o diagnóstico, até tem aquela outra teoria, aquela do CIPESC. Então, há outra denominação, há outra classificação que se adapta melhor, que se adequa melhor. Então, é assim que eu entendo.

ROSE: Mas eu acho que tem que ser apresentado. Tem que ser discutido esse assunto a nível total de unidade até pra se definir. E eu acho que vai ser muito difícil não querer entrar nesse barco.

LAIS: Mas tem que ser discutido.

ROSE: Exatamente. E a partir dali fazer propostas pra se trabalhar ou não. Trabalhar de acordo ou não trabalhar ou trabalhar no sentido de informação geral. Não sei. Mas eu acho que tem que começar a mobilizar.

VÂNIA: Então eu acho que essa é a estratégia maior. (GF4)

As discussões acerca da política institucional e do compromisso dos docentes evidenciam a necessidade de uma competência coletiva. Não no sentido de que a coletividade possua ou produza um pensamento único, linear, mas que os profissionais constituam momentos de debates, em que haja oportunidade de trocas, de aprofundamentos, de ouvir e ser ouvido, respeitado nas suas idéias e que levem a avanços no ensino. Também Rios (2001) enfatiza a importância de trabalhar com a perspectiva grupal presente na noção de competência, pois esta se amplia na construção coletiva, na partilha de experiências e de reflexão.

Os debates envolvendo diretrizes curriculares e o perfil profissional norteador da formação universitária permearam o último encontro, gerando tumulto no grupo e demonstrando ser um tema afetado pelas concepções individuais e grupais. O perfil do futuro enfermeiro e as instituições de saúde que recebem o aluno como estagiário, e mais tarde como profissional, são aspectos interligados à filosofia da Escola. Na percepção de algumas participantes, é formado um generalista, com o pressuposto teórico do processo de enfermagem, empregado na prática profissional apenas dos enfermeiros do HCPA. Desta forma, trabalhar com o diagnóstico de enfermagem no ensino é ter a clareza de que o aluno está sendo preparado para atuar unicamente nessa instituição. Esta argumentação é contraposta ao esclarecimento de que as demais Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul também estão introduzindo o diagnóstico de enfermagem nos seus currículos e de que algumas instituições hospitalares de Porto Alegre aplicam algumas etapas do processo de enfermagem na assistência ao paciente.

Há mais de duas décadas, é trabalhado o processo de enfermagem no ensino, contudo diversos fatores têm dificultado a sua utilização na prática clínica. O mercado de trabalho que absorve os recém-formados, em grande parte instituições hospitalares cuja filosofia e política estão voltadas para o trabalho gerencial do enfermeiro, é apontada como responsável pelo distanciamento da assistência. Apesar desta realidade, algumas participantes consideram que trabalhar diagnósticos de enfermagem com os alunos é uma “semente que está sendo plantada”. Mais do que preparar o aluno para exercer a profissão em uma única instituição, o conhecimento proporcionado pode possibilitar que o egresso, com criatividade e flexibilidade, efetue pequenas modificações no seu contexto de trabalho, caracterizando competência profissional.

Como assevera Perrenoud (2001a), ensinar é fazer parte de um sistema e trabalhar em níveis distintos. A cultura individualista dos professores que perdurou por um longo período levou-os a acreditar que seu ambiente iniciava na porta de sua sala de aula. Contudo, a complexidade atual tem mostrado a necessidade de cada um assumir seu papel coletivo e questionar seus hábitos e suas competências no espaço da equipe, do estabelecimento de ensino e da coletividade local, como também no espaço pedagógico e didático.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente capítulo, em que concluo esta investigação, tenciono contribuir com o debate acerca de dois temas, ligados à educação e à enfermagem, cujos estudos multiplicam-se no momento em que o terreno está sendo ampliado. Falar do desenvolvimento de competências no ensino de enfermagem, na ocasião em que as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem recentemente aprovadas as utilizam como concepção nuclear orientadora, e os Projetos Pedagógicos de cada curso estão em fase de elaboração ou implantação, consiste num grande desafio. Além disso, incluir neste estudo os diagnósticos de enfermagem, tema ainda tão polêmico entre os profissionais da área, parece-me, à primeira vista, uma conexão questionável e até mesmo temerária. Contudo, a argumentação que venho defendendo é de que o ensino e a aprendizagem do diagnóstico de enfermagem contribuem para o desenvolvimento da competência das futuras enfermeiras, além de requerer o desenvolvimento de outras competências mais específicas para a sua realização.

Analisar as concepções de discentes e docentes sobre competências e relacioná-las ao processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem consistiu no ponto norteador deste estudo. O tema foi motivado pelo meu envolvimento com o ensino, a pesquisa e a extensão na área dos diagnósticos de enfermagem e pela recente introdução do processo diagnóstico como registro do cuidado em enfermagem no prontuário eletrônico do paciente no HCPA, hospital da Universidade onde a pesquisa foi realizada. Somado a estas motivações, o estudo do referencial das competências, abordado no Curso de Pós-Graduação em Educação da PUCRS, e sua introdução nas diretrizes curriculares despertaram meu interesse. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, caracterizada como de nível exploratório, descritivo e interpretativo,

em que utilizei entrevistas individuais e grupos focais para a coleta de informações e análise de conteúdo como metodologia de análise.

O termo competência invadiu não só o mundo do trabalho como o campo da educação, em seus diferentes níveis, convertendo-se em projeto pedagógico. Qual seria a intenção dos órgãos governamentais, especialmente do Ministério de Educação e Cultura, ao conduzir suas diretrizes a uma pedagogia das competências? A noção de competência não é nova, como também a de qualificação e, historicamente, pertencem a discursos produzidos em esferas distintas. Vários estudiosos (ROPÉ e TANGUY, 1997; MANFREDI, 1998; PERRENOUD, 1999, 2000; RAMOS, 2001; RIOS, 2001) pontuam que a expressão competência tem sido, por vezes, empregada na literatura e nos discursos vigentes como sendo um conceito atual, unívoco, politicamente neutro e consensual. Contudo, ela é multidimensional e tem sido ancorada nos mais variados enfoques e paradigmas teóricos. Um questionamento que tem sido suscitado é: “até que ponto a noção de competência ressignifica a noção tecnicista de qualificação, indicando uma ruptura do modelo anterior ou simplesmente constitui uma reatualização?” (MANFREDI, 1998, p.9)

É preciso uma atitude crítica para que se possa ver de maneira mais abrangente, e não simplesmente contrapor a utilização do termo “competência”, apontando sua inadequação. A referência às competências, no âmbito das propostas de certos teóricos, parece indicar um movimento no sentido de flexibilizar a formação, rompendo com modelos fechados de saberes e disciplinas. Contudo, quando é apropriada pelas propostas oficiais, percebe-se o risco de atender tão somente a uma nova moda, mantendo-se no discurso, já que as condições concretas do contexto educacional não têm sido alteradas (RIOS, 2001).

Atualmente, o termo “competências” tem sido empregado no plural, referindo-se aos conteúdos específicos de uma organização de trabalho ou ensino. Compartilho com a visão de Rios (2001), ao argumentar que não se trata de várias competências, mas de componentes articulados de uma mesma competência. Esta é a postura que venho defendendo ao longo desta investigação, de que a competência da enfermeira possui diversas dimensões que se interconectam, fazendo parte de um todo. Há, contudo, competências gerais e específicas que decorrem da competência profissional, configurando desdobramentos ou detalhamentos deste todo da pessoa.

Na elaboração do projeto desta tese, o documento das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem¹² encontrava-se em fase de proposição e redefinições. Finda a coleta de informações, o Projeto Pedagógico da Escola de Enfermagem em estudo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2001) estava sendo reestruturado, em consonância com o referido documento. Embora o Projeto Pedagógico apresente arcabouço semelhante às Diretrizes Curriculares, contendo competências gerais, competências específicas e habilidades, foi possível identificar as dimensões aqui defendidas no bojo do seu enunciado.

Os currículos compreendem um mapeamento do conhecimento considerado relevante para ser ensinado aos alunos, visando a torná-los pessoas competentes. As disciplinas, por sua vez, podem ser consideradas como meio no desenvolvimento de competência, tais como a capacidade de expressão ou de argumentação (MACHADO, 2002).

Ainda que teoricamente o desenvolvimento de competências já esteja previsto no projeto pedagógico, fica a indagação se na prática cotidiana de ensino-aprendizagem este mesmo entendimento perpassa nas mentes e atitudes de seus protagonistas. O caráter polissêmico e a abrangência com que o termo competência vem sendo empregado em diversos setores da sociedade atual, e o reconhecimento de que os significados são construídos pelas pessoas, subsidiaram meu primeiro questionamento. Assim sendo, identificar e contextualizar as concepções que os discentes e os docentes possuem sobre competências na enfermagem, primeiro tema abordado, consistiu, respectivamente, no primeiro e terceiro objetivos deste estudo. A partir das entrevistas individuais e dos grupos focais realizados com discentes e docentes foi possível agrupar as informações obtidas em três categorias, às quais denominei *significações, atributos e dimensões* de competência.

As *significações* de competência que permearam os discursos dos discentes evidenciaram duas visões distintas que, em certa medida, se completam. Para eles a competência é concebida tanto como a função própria de um profissional, como saber fazer bem determinada atividade necessária e desejável no âmbito da profissão, sendo garantido pelo conhecimento e experiência. Este entendimento vai ao encontro da compreensão manifestada por Perrenoud (1999, 2000, 2001) em suas publicações.

¹² Trata-se da Resolução nº 3 do Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior do MEC, de 7 de novembro de 2001.

Em obra recentemente traduzida pela Artmed, cujo original data de 1996, Rey (2002) apresenta três maneiras de pensar a competência embasadas em detalhada argumentação. As duas primeiras coincidem com as significações que emergiram do grupo focal, as quais o autor denominou “competência-comportamento” e “competência-função”. A competência como comportamento implica descrever as tarefas que um posto de trabalho ou uma área pedagógica determinam, consistindo em comportamentos observáveis. Esta concepção possui diversas implicações na medida em que está associada às noções de desempenho e eficácia. É fundamental que o comportamento não seja visto como um ato finalístico, mas como resposta a uma dada situação. A competência, definida como um comportamento, é uma ação sobre o mundo e, como tal, deve ser entendida por sua finalidade técnica ou social. Daí a tratar-se da “competência-função”. Na visão do autor, os dois modelos são bastante próximos e possuem em comum a compreensão de que a competência é vista como específica. A terceira forma de conceber competência inclui o poder que o homem possui de adaptar suas ações e suas palavras a uma infinidade de situações inéditas. A competência considerada como uma potência geradora é definida como transversal.

Sob o prisma de que a competência deve ser contextualizada, foi argumentado que para cada área de atuação diferentes competências serão requisitadas, numa menção implícita de que há competências específicas para cenários diferenciados da prática profissional. Esta concepção converge para o projeto pedagógico recentemente colocado em curso.

A competência inexiste sem a referência a um contexto na qual é concretizada. Quanto mais delimitado o âmbito da competência, mais fácil se torna caracterizar uma pessoa competente. A transposição de competências fundamentais a distintos contextos, diversamente do original, torna o aprendizado mais fecundo (MACHADO, 2002).

A competência profissional, contudo, está na relação direta do perfil profissional almejado, nem sempre o mesmo concebido na formação universitária e requerido no mercado de trabalho. Neste sentido, foram amplamente defendidos os valores pessoais que permeiam a competência. O futuro enfermeiro visualiza que sua competência profissional não pode ser única e exclusivamente de adequação ao que o mercado impõe, num contexto de competitividade e produtividade ou de escassez de recursos na gestão da saúde, devendo ultrapassar as exigências do empregador e agregar valores pessoais que tragam satisfação interna.

Esse posicionamento está em consonância com a argumentação que tenho defendido e com a formação pretendida na Universidade, cujo sentido ético e a valorização das relações humanas estejam aliados à competência técnica.

Rios (2001) vai mais além ao advogar que o trabalho competente - referindo-se ao trabalho docente - é um trabalho que faz bem. Ela busca em Betinho o termo *felicidadania* para expressar aquilo que se coloca no horizonte de uma prática profissional que aspira à competência, julgando apropriado unir os conceitos de felicidade e cidadania nas suas multidimensionalidades. Esta mesma compreensão fica patente no posicionamento de alguns discentes.

Também os docentes concebem a competência sob dois enfoques. Um deles contempla a pessoa na sua totalidade, sem dissociar a esfera profissional da pessoal, em que conhecimentos e experiências concorrem para a competência na profissão. Esta totalidade compreende dimensões diversas que se encontram interligadas, interdependentes. Um segundo enfoque considera o profissional competente quando apenas uma dimensão é desenvolvida, especialmente a dimensão técnica.

No grupo focal de docentes, é manifestada a opinião de que o ideal seria contribuir para a formação de um profissional competente nas diversas dimensões, que abarcassem a integralidade do ser aluno e futuro enfermeiro, contudo não visualizam a viabilidade de tal projeto e priorizam a dimensão técnico-científica. Esta concepção é exteriorizada por alguns participantes, denotando o quanto a formação essencialmente técnico-científica, que possivelmente tenha sido parte da sua própria formação e de currículos anteriormente ministrados, está ainda impregnada na sua visão de ensino. Inclusive, a excessiva importância que alguns docentes prestam aos aspectos técnicos também é manifestada por alguns alunos.

O currículo atual do Curso de Enfermagem da UFRGS (2001) contempla disciplinas fundamentais na visão humanística do ser humano. Como disciplinas obrigatórias, é possível citar: Introdução à Sociologia, Filosofia - Ação na Enfermagem, Educação e Saúde, Psicologia aplicada à Saúde, Antropologia do Corpo e da Saúde, Sociologia da Saúde I; e na qualidade de eletivas/facultativas: Psicologia da Educação, História da Educação, Análise da Educação Brasileira, Filosofia da Educação, Antropologia Pedagógica e Organização da Educação Brasileira. Tais disciplinas não faziam parte da estrutura curricular que muitos

docentes tiveram na sua formação acadêmica, o que contribuiria para a visão mais abrangente das dimensões de competência manifestadas pelos discentes.

A formação para competência apresenta vinculação direta com avaliação, presente em todo o processo ensino-aprendizagem. Esta avaliação, na ótica dos participantes, é pautada nas crenças ou expectativas de competência, ou grau de competência estabelecida. As participantes reconhecem a subjetividade presente na avaliação, bem como a necessidade de critérios estabelecidos objetivamente, de modo que a essência da avaliação reflita certa homogeneidade, independente do avaliador. Mas como alcançar esta uniformidade pretendida se as concepções de competência que os membros do grupo focal possuem não são consensuais?

Em palestra proferida durante Seminário realizado em Porto Alegre, ao falar sobre avaliação, Perrenoud (2001b) manifesta que não se consegue, hoje em dia, criar exames que realmente capturem as competências. Para captá-las, seria necessário observar a pessoa em ação para ver se num contexto dado ela seria capaz de funcionar de maneira adequada. Segundo ele as universidades e instituições de pesquisa deverão trabalhar, nos próximos anos, para desenvolver modalidades de avaliação mais inteligentes, mais adequadas aos objetivos visados. Atualmente, nós ainda não temos esse tipo de medida de avaliação. As competências não podem ser avaliadas através de exames repetitivos, o que seria um contra-senso. É necessária uma reconstrução lenta, personalizada, diferente, conforme as necessidades, levando-se em conta o ritmo dos alunos.

Os estágios práticos existentes ao longo das disciplinas de enfermagem constituem observatórios apropriados a essas avaliações do aluno em ação. Contudo, ainda precisamos evoluir nesse sentido. Mais do que instrumentos formais elaborados, me parece que o cerne da própria avaliação recai nas concepções dos avaliadores, tanto docentes quanto discentes.

O saber, o saber fazer bem, inerentes à competência do enfermeiro, merecem atenção na formação do aluno. Ambas são importantes e complementares. A articulação dos mesmos é que precisa ser incorporada em cada disciplina, por cada professor e por cada aluno, de modo a refletir o paradigma educacional proposto.

Milligan (1998), em seu instigante artigo sobre a definição e a avaliação de competência no processo educacional na enfermagem britânica, traz a seguinte afirmação de Rowntree “Se nós desejarmos descobrir a verdade sobre um sistema educacional, nós devemos olhar para os

seus procedimentos de avaliação” (p.278). Embora discordando quanto à existência “da verdade”, penso que a(s) modalidade(s) de avaliação reflete(m) o paradigma educacional e seus pressupostos.

Nos *atributos* da competência, referidos por discentes e docentes, foram relacionadas características do profissional que atua na prática clínica e acrescidas outras ao docente competente. Uma extensa relação de atributos aparece citada nas entrevistas e nos grupos focais, tais como: ser responsável, honesto, aberto a mudanças e ao aprendizado contínuo, autocrítico, auto-reflexivo, reconhecedor das próprias limitações e buscar superá-las, saber comunicar-se e estimular a equipe de trabalho, buscar e socializar o conhecimento, expor e registrar o pensamento organizado e fundamentado. Ter autonomia na avaliação do paciente; ver o outro como um todo, holístico; possuir uma visão abrangente incluindo administrativa, assistencial, de relacionamento pessoal e equilíbrio emocional. Ainda, foi incluído nesta listagem ser criativo, flexível, questionador, pensar criticamente e possuir iniciativa. Todos estes atributos da competência profissional coincidem com as características indicadas para o pensador crítico (CASE, 1998; FACIONE e FACIONE, 1996; LIMA e CASSIANI, 2000; LIPMAN, 1995; ALFARO-LEFEVRE, 1996; WALDOW, 1995). A partir do exposto, é possível afirmar que o profissional competente é um pensador crítico, sendo o seu desenvolvimento almejado na formação acadêmica.

Como atributos do docente competente, foram apontados ter capacidade para ensinar, compreendida por alguns discentes e docentes como saber repassar o conhecimento; manter-se atualizado e tornar os alunos competentes. Na visão do docente, ele será competente se respeitar o desenvolvimento gradual do aluno e os níveis de competência que ele atinge a cada disciplina, tendo abertura para aceitar novas formas de ser e de fazer; além de possuir experiência na docência. Para os discentes, o docente competente é aquele que os apóia emocionalmente, que os orienta individualmente oferecendo-lhes *feedback* após uma atividade; aquele que motiva o aluno, que acredita na sua capacidade, auxiliando-o a desenvolver suas potencialidades; realiza críticas construtivas e busca a própria capacitação.

A identidade de docente competente que se pode apreender da listagem de atributos anteriormente descrita evidencia uma postura democrática e de acolhimento¹³ ao aluno. Ao longo da história, distintos modelos de professor têm permeado o ensino formal, demarcados

¹³ Termo utilizado por Luckesi (2000)

por questões epistemológicas, sociopolíticas e culturais (por alguns compreendidas como contextuais), acrescidas, como decorrência, por questões de ordem moral e ética. Tanto as demandas contextuais quanto os resultados advindos das pesquisas na área educacional têm fornecido suporte teórico para as mudanças nos rumos da prática pedagógica. De uma pedagogia centrada no professor, detentor de um saber pronto e inquestionável, passa-se para uma pedagogia centrada no aluno, com excessiva liberdade, chegando a uma pedagogia mais democrática, centrada na relação professor-aluno, aluno-aluno em contínua busca, visando à (re)construção do conhecimento. As palavras de Fischer ilustram bem esta caminhada ao enunciar que

hoje a orientação pedagógica recomenda que o professor substitua todos os pontos finais de sua aula por pontos de interrogação, de preferência pontuando tais questionamentos a partir de elementos concretos, encontrados no campo profissional (1996, p.50).

Esta mudança de foco, contudo, não se materializa de forma radical, sendo possível perceber aspectos de diferentes perspectivas pedagógicas concorrendo na prática docente. A superação de uma pedagogia tradicional não constitui tarefa simples, pois mesmo passadas décadas ainda é uma exigência da sociedade, que toma corpo no discurso dos próprios discentes já quase graduados. Além disso, quando muito é dito sobre as responsabilidades do professor e pouco sobre as do aluno, não estaríamos ainda distantes do modelo de professor mediador, requerido numa pedagogia voltada para a formação de competências?

Nesta perspectiva é estabelecido um novo contrato pedagógico, em que o aluno deve participar da construção coletiva de um projeto, tendo direito a tentativas e erros, a explicitar suas dúvidas e raciocínios, a tornar-se um prático reflexivo. Por outro lado, cabe ao professor incentivar o aluno e orientá-lo nesta caminhada, aceitar seus erros, levando-o a analisá-los e compreendê-los, incentivar a cooperação entre os alunos na realização de atividades complexas, ouvir as críticas e sugestões dos alunos, considerando-as no ajustamento do contrato didático e participar conjuntamente com os alunos no trabalho em pesquisas, mantendo, contudo, o seu papel de mediador. Estimular a competência do futuro profissional é estimular seu auto-aprendizado e a construção da própria autonomia, mesmo entendendo-a como parcial.

Outra característica fundamental do professor mediador apontada pelos participantes como atributo da competência é a flexibilidade. O professor voltado para a construção de competências precisa adotar um planejamento didático flexível e muitas vezes improvisado, pois passa a trabalhar com aventuras intelectuais, com projetos de resultado desconhecido, em condições nunca iguais. Esta abordagem determina trabalhar com um número pequeno de situações que giram em torno de conhecimentos importantes ao invés de um grande contingente de conteúdos considerados indispensáveis ainda nos dias de hoje (PERRENOUD, 1999).

Os docentes reconhecem certas limitações para a sua competência, como a prepotência de alguns colegas que não aceitam a possibilidade de desconhecer algo quando questionados ou saber menos que o aluno. Esta postura, mais condizente ao professor transmissor e o distanciamento teoria-prática com o decorrer dos anos na docência foram apontados como limitação. As exigências impostas à profissão docente nos cursos do ensino superior são cada vez maiores. O docente precisa desenvolver, além das atividades de ensino, atividades administrativas, de pesquisa e de extensão. Manter-se atualizado com o rápido avanço das tecnologias, que as tornam obsoletas com certa brevidade, parece ser objetivo inatingível. Neste sentido, é fundamental encarar positivamente as mudanças que exigirão permanente capacitação.

Além das responsabilidades já mencionadas, vários docentes de enfermagem da UFRGS assumem cargos diretivos e de assessoria no hospital universitário, requerendo carga horária e trabalho intelectual de grandes proporções, que concorrem com as próprias exigências da docência e de sua atualização à prática clínica. Se por um lado, esta situação favorece a tão almejada integração docente-assistencial, por outro lado, as inúmeras solicitações inerentes à esfera administrativa podem contribuir com o distanciamento teoria-prática, que tem se configurado como um dilema da docência na enfermagem.

Ao par dessas limitações, os docentes destacam também alguns fatores favorecedores da sua competência no ensino. Observam, nos últimos anos, modificações no professor e no aluno. Aquele, mais aberto às mudanças e disposto a aprender junto com o aluno, enquanto este assume uma postura mais exigente em relação ao professor, cobrando-lhe conhecimento e comprometimento e, em contrapartida, mais envolvido e responsável com o seu auto-aprendizado.

Outra concepção contida nas declarações de docentes e discentes acerca da competência se refere às várias *dimensões* que se interligam, refletindo uma parcela do todo que consiste o ser humano. Possivelmente outras dimensões poderiam a elas se somar, na tentativa de circunscrever a integralidade. Não tive a pretensão de dissertar aprofundadamente sobre as dimensões categorizadas - já que cada uma delas poderia, por si só, ser objeto de investigação - mas identificá-las para então relacioná-las ao desenvolvimento de competências no ensino e na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem.

As dimensões da competência da enfermeira identificadas foram: técnico-científica (centrada no saber fazer e nos procedimentos direcionados aos problemas físicos do paciente); humanística (expressividade no cuidado ao ser humano, incluindo a ética, a estética e a cultura); comunicativa (verbal, escrita e computacional); de relacionamento interpessoal (enfermeira-paciente/família/coletividade e entre os profissionais); educacional (relacionada ao paciente); e sociopolítica (inserção profissional em espaços que extrapolem o âmbito privado e restrito em prol de projetos que visem a intervenções contextualizadas social e politicamente).

As dimensões aqui nominadas não visam à compartimentação do profissional competente. Elas apenas indicam facetas de um todo da pessoa que se harmonizam na compreensão da competência. Esse entendimento, fruto das concepções externadas nas entrevistas e grupos focais, encontram-se expressos na Figura 1.

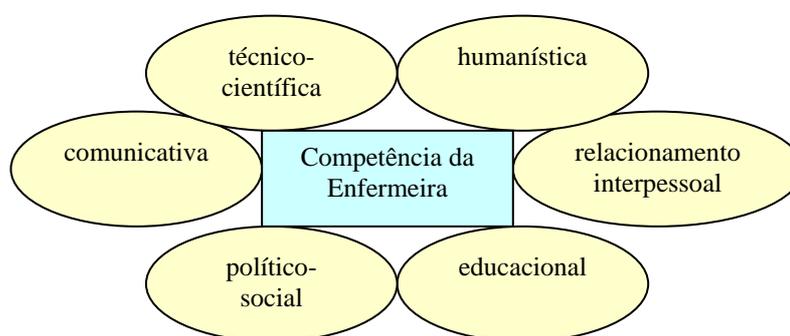


Figura 1 – Esquema representacional das dimensões que integralizam a competência da enfermeira

A ênfase dada à dimensão técnico-científica de competência no ensino de enfermagem, manifestada igualmente por discentes e docentes, revelou, inicialmente, o quanto a formação

do futuro enfermeiro valoriza e é ainda centrada no saber fazer. Ao longo dos debates, contudo, enquanto relatavam experiências de cuidado vivenciadas nas suas práticas de estágio, os alunos foram desvelando uma formação cuja base humanística configurou um dos princípios norteadores. A preocupação com as emoções, os valores morais e éticos envolvidos no cuidado ao paciente e no relacionamento interpessoal com a equipe de enfermagem e de saúde, além da relação professor-aluno revelaram esta postura.

As concepções até então manifestadas, ora por discentes e ora por docentes, indicam um movimento de transição no ensino e na aprendizagem, em direção à competência profissional num enfoque mais abrangente, de superação de uma visão eminentemente técnica. Elas evidenciam um terreno fértil para a crítica reflexiva, para proposições e ações que redundem na construção de um enfermeiro cuja formação proporcione elementos que contribuam para enfrentar as adversidades, as incertezas do mundo contemporâneo, de modo mais comprometido consigo e com os outros.

Atrelada às concepções de competência até então debatidas, focalizou-se a segunda temática deste estudo, os diagnósticos de enfermagem, buscando compreender sua relação como investimento pedagógico na formação da competência de futuras enfermeiras. Na visão dos docentes e discentes participantes da pesquisa, e na minha própria, o profissional competente é um pensador crítico. E o pensamento crítico tem estreita relação com o processo diagnóstico na medida em que requer conhecimento, habilidades e experiência. Os processos intelectuais, envolvidos no processo diagnóstico incluem, além do desenvolvimento da inteligência, a utilização do pensamento crítico desde a coleta de dados, sua análise e na tomada de decisão (LUNNEY, 2001a). Desta forma, trabalhar com o processo diagnóstico favorece o desenvolvimento de competências das futuras enfermeiras.

Em resposta ao segundo e quarto objetivos desta investigação, de relacionar as concepções que os discentes e docentes possuem sobre competências na enfermagem, com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, foi possível apreender elementos explicitados e/ou subjacentes em âmbito relacional, procedimental e contextual. A eles categorizei como *Relação com os saberes/conhecimentos*, *Estratégias de ensino-aprendizagem* e *Contexto Institucional do Curso*.

Os saberes e conhecimentos, termos adotados nesta investigação com sentido similar, longe de serem finalidade última do processo educativo, são recursos que auxiliam o aluno no

desenvolvimento da competência. Na *Relação com os saberes/conhecimentos* acerca do diagnóstico de enfermagem se observa certa ambigüidade dos discentes e docentes, ora posicionando-se contrários ora a favor deste conhecimento. O tema diagnóstico de enfermagem não costuma propiciar debates tranquilos ou até enfadonhos. Pelo contrário, as discussões usualmente são calorosas, repletas de argumentos favoráveis ou contrários, nem sempre bem fundamentados. Esta impressão se concretizou nas entrevistas e nos grupos focais realizados.

A proposta dos diagnósticos de enfermagem foi introduzida de forma tímida na Escola de Enfermagem da UFRGS, por um número reduzido de docentes que visualizaram ganhos para o paciente e para o ensino de enfermagem. Esta idéia tomou corpo a partir de sua adoção pela enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, envolvendo o contingente total de enfermeiros, ainda que por opção da coordenação de enfermagem. Os docentes, embora impelidos por uma proposta supostamente imposta pelo avanço de um pequeno grupo, e com certa desconfiança e até resistência diante do novo, têm manifestado interesse e se conscientizado da importância de acompanhar o “bonde da história”. Buscar conhecimento e dispor-se a ser aprendiz lado a lado com o aluno tem sido a postura assumida por muitos docentes. Mesmo aqueles mais reticentes em relação à proposta têm-se mantido na posição expectante, procurando não interferir na posição assumida pelo aluno.

Não foi surpresa, entretanto, a inserção da etapa diagnóstica no Processo de Enfermagem no HCPA. Foi decorrente de um processo extenso, que ocorreu ao longo de vários anos, e aberto àqueles que quisessem contribuir. Aconteceu como consequência da história da enfermagem no hospital de ensino e por sua vinculação com a EEnfUFRGS. Cabe ressaltar que a introdução dos diagnósticos de enfermagem consiste em uma das etapas de informatização dos registros de enfermagem na instituição, configurando uma construção continuada.

Os alunos iniciaram o grupo focal com várias restrições acerca do diagnóstico de enfermagem. Alguns deles, inclusive, aceitaram o convite para participar do grupo justamente como forma de extravasar um sentimento de rejeição a esta nova “imposição”. Na medida em que os debates transcorriam, algumas posturas foram sendo fortificadas e outras, gradualmente modificadas.

A idéia que muitas vezes perpassa é de que os diagnósticos de enfermagem estão intimamente relacionados à dimensão técnica e o cuidado ao paciente à dimensão humanística, tornando-se opostos e incompatíveis. Isso compreende, na minha opinião, um grande equívoco. O cuidado, para que corresponda às necessidades do paciente, necessita de uma avaliação que abarque a pessoa no seu todo, incluindo aspectos subjetivos e objetivos. Os dados obtidos serão analisados pela enfermeira, que, a partir do seu conhecimento, experiência e intuição, fará um julgamento das respostas apresentadas pelo paciente aos problemas de saúde ou processos de vida, confirmando com ele, sempre que possível, o resultado do seu julgamento de modo a realizar ou participar do cuidado que o paciente requer. Este julgamento é o diagnóstico de enfermagem.

Na visão dos alunos, para diagnosticar em enfermagem, é suficiente o desenvolvimento da dimensão técnico-científica de competência, aqui considerada no seu direcionamento às necessidades físicas do paciente, associado especialmente às suas necessidades biológicas. Parece-me inquestionável a importância da dimensão técnico-científica na formação do enfermeiro competente. Esta será, em muitas situações, a prioridade do paciente. Contudo, não é a única dimensão a ser contemplada nos diagnósticos de enfermagem e nos respectivos cuidados, e não necessariamente a prioridade requerida. Após argumentação favorável e contrária a este posicionamento, os discentes complementaram o seu posicionamento manifestando ser a dimensão humanística que possibilita elaborar diagnósticos de enfermagem individualizados, extrapolando aqueles que são comuns aos pacientes em semelhante situação clínica.

Acerca da questão identificada no parágrafo anterior, somam-se outras questões controversas, já abordadas em artigos estrangeiros (HOGSTON, 1997; MAAS, 2000; CARPENITO, 2002), indicando que muitas das nossas dúvidas e reticências já foram sentidas e manifestadas por várias colegas que iniciaram estudos desta temática mais precocemente.

Questões culturais e de terminologia são apontadas como dificuldades para a construção de uma terminologia padronizada também por quem utiliza a língua inglesa, como os enfermeiros britânicos. Os diagnósticos de enfermagem poderiam ser adotados universalmente se nós os mapeássemos semanticamente, isto é, com o desenvolvimento de uma estrutura conceptual de natureza transcultural que requeresse a cooperação de enfermeiros de diferentes países (HOGSTON, 1997).

É bem verdade que os diagnósticos de enfermagem da NANDA foram construídos a partir dos valores culturais dominantes anglo-americanos, sendo pouco ou nada consideradas as demais culturas, mesmo residentes em solo norte-americano. O seu emprego em uma cultura diversa demanda o desenvolvimento de características definidoras e fatores de risco sensíveis àquela cultura para a elaboração dos diagnósticos (CARPENITO, 2002).

A utilização dos diagnósticos de enfermagem da NANDA na nossa realidade, ou de outras taxonomias que se venham a aplicar, diversas dos valores culturais dominantes nos quais foram construídos, demanda o desenvolvimento de pesquisas acerca das características definidoras e fatores de risco sensíveis à nossa cultura, a fim de validá-los. Contemplar a dimensão cultural do paciente implica julgar suas respostas com base na sua perspectiva cultural, e não a partir dos valores que a enfermeira possui. Da mesma forma, questões éticas podem estar envolvidas quando o ponto de vista do paciente não é respeitado na elaboração do diagnóstico de enfermagem. Este é, de fato, um diagnóstico do paciente elaborado pela enfermeira.

Aspectos relativos à perspectiva do paciente e de sua família foram pouco ou nada explorados nas entrevistas e nos grupos focais, sugerindo, talvez, sua pouca valorização no ensino e na assistência. A não-inclusão do próprio paciente e família ao longo do processo de cuidado reflete, de certa forma, uma postura autoritária por parte do profissional que acaba por limitar a busca pelo ser saudável e responsável por si.

Mais de um exemplo foi relatado pelos alunos, nas sessões de grupo focal, em que alguns aspectos apresentados pelo paciente, pertencentes às necessidades psicossociais, não foram identificados ou não foram registrados pelas enfermeiras, possivelmente por serem considerados de relevância menor.

A resistência de alguns docentes à utilização dos diagnósticos de enfermagem, por não sentirem necessidade ou acreditarem que a proposta não apresenta acréscimos para o cuidado de enfermagem ao paciente que vem sendo realizado que justifique a mudança de paradigma, até mesmo estudá-lo para criticá-lo, compreende, na minha ótica, entraves para o desenvolvimento de competências do profissional que se pretende formar. O fato de um grupo de docentes trabalhar com a etapa diagnóstica no ensino de enfermagem desde 1995 e realizar grupos de estudo como atividade de extensão universitária em que os colegas eram convidados a participar, além de vários livros texto utilizados no ensino trazerem a

Taxonomia da NANDA, não foram suficientes para mobilizar muitos docentes a buscar este conhecimento.

Seria o distanciamento do docente da prática clínica cotidiana, conclamada por ele próprio e pelo aluno, uma das razões da sua resistência em assumir os diagnósticos de enfermagem como opção profissional e do ensino? O saber técnico, apontado por vezes como a ênfase do ensino, não estaria acobertando a insegurança do docente em realizar julgamentos, inferências e expressar por meio de uma terminologia padronizada as necessidades de cuidados do paciente pela qual tenha autonomia para diagnosticar e tratar? Ou seria o paradigma biomédico centrado na doença e, por conseguinte, nos diagnósticos médicos, ainda a diretriz norteadora das ações de muitos docentes de enfermagem?

Parece oportuno reiterar que o desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem tem possibilitado a padronização de uma terminologia para a profissão. Embora existam enfermeiras que diagnosticam com muita precisão, ao utilizarem os diagnósticos médicos estão empregando uma nomenclatura que não é a sua e para qual não possuem respaldo legal. A uniformização da terminologia facilita a comunicação entre os profissionais, promove a documentação de suas decisões, favorece o desenvolvimento de pesquisas direcionadas às intervenções de enfermagem, além de constituir uma forma de registrar a eficiência e o custo do trabalho da enfermeira.

Ainda sobre as posições controversas relativas à construção de uma terminologia para a profissão, algumas indagações se referem a existência, ou não, de algum fenômeno que pertença unicamente à enfermagem; à crença de que a enfermagem já conhece e trabalha com os diagnósticos médicos, e que uma linguagem própria causaria isolamento de outras profissões; além de ser incompreendida por pacientes, seus familiares e outros profissionais.

Acerca das questões anteriormente formuladas, reside uma certa confusão entre o papel da uniformização de uma linguagem para a enfermagem ao descrever um “fenômeno único” e uma “perspectiva única” para a disciplina. Como qualquer disciplina¹⁴, a Enfermagem consiste numa perspectiva única, mas todos os profissionais compartilham o mesmo estado do paciente, que é entendido como o fenômeno. Dessa forma, uma disciplina é a combinação única de perspectiva, conhecimento e contribuições. A colaboração interdisciplinar pressupõe

¹⁴ No texto de Maas (2000) e de outros autores norte-americanos, o termo *discipline*, traduzido como disciplina, compreende um ramo do conhecimento. Neste sentido, a Enfermagem é considerada uma disciplina.

respeito entre as disciplinas, incluindo a linguagem usada por cada uma para manifestar suas perspectivas ou expressões. Segundo Maas (2000), infelizmente ainda existem muitas enfermeiras que acreditam em ações interdisciplinares sem um desenvolvimento separado e resistem ao esforço de construir e refinar uma linguagem que é necessária para descrever o conhecimento e a perspectiva da enfermagem. Também é freqüente a enfermeira optar por não ser representada no prontuário eletrônico do paciente, e conseqüentemente não ter a sua contribuição profissional reconhecida, perdendo espaço nas esferas políticas decisórias.

Considerar a tentativa de uniformização de uma terminologia para a enfermagem como forma de distanciamento e destituída de significado para os pacientes e familiares parece não ter fundamento. Diagnósticos de enfermagem como *confusão aguda*, *integridade da pele prejudicada* ou *risco para trauma* possui igual ou maior significado para uma pessoa leiga do que diagnósticos médicos, tais como *esclerose lateral amniotrófica*, *colecistite* ou *miastenia grave*. Uma importante diferença é que os títulos diagnósticos usados pelos médicos têm sido definidos e revisados há muitos anos, enquanto os diagnósticos de enfermagem são bem mais recentes. Os profissionais da área da saúde entendem os diagnósticos médicos porque aprendem o que eles representam. Na medida em que mais enfermeiras participarem dos estudos, do uso e do refinamento dos conceitos que descrevem o fenômeno de enfermagem, as perspectivas para a profissão serão melhor referidas e entendidas (idem, 2000).

Vincular o ensino do cuidado ao paciente, família ou comunidade aos diagnósticos de enfermagem possibilita visualizar mais claramente as ações que competem, de forma independente, à enfermeira. Ela necessariamente precisará conhecer a realidade por ele(s) vivenciada, na percepção do outro, além de buscar conhecimentos teóricos nas diferentes áreas do saber, que dêem suporte ao seu julgamento clínico, às suas inferências. Além disso, inclui pesquisar as causas que estão concorrendo para que os processos vitais ou problemas de saúde vivenciados pelo paciente, ou em risco de ocorrer, possam ser identificadas de forma acurada.

Nesta ótica, a acurácia diagnóstica reflete a competência da enfermeira, uma vez que um diagnóstico preciso oportuniza elaborar intervenções que respondam positivamente aos resultados que se deseja alcançar. Por outro lado, a tomada de decisão embasada em diagnósticos incorretos ou, ainda, quando um determinado problema não é identificado, pode redundar em riscos importantes para o paciente (ALFARO-LEFEVRE, 2000; ALMEIDA, 2000; LUNNEY et al., 2001).

Ratificado por docentes e discentes, o Processo de Enfermagem está hoje consolidado como metodologia científica de cuidado ao indivíduo, família e comunidade. O diagnóstico de enfermagem, entretanto, representa uma mudança ainda não digerida por toda a comunidade de enfermagem investigada. Anteriormente à proposta diagnóstica, a segunda etapa do processo de enfermagem contemplava os “problemas de enfermagem” traduzidos por procedimentos que o paciente realizava, cateteres e sondas que portava, tratamentos medicamentosos a que era submetido, entre outros. Neste prisma, a prescrição de enfermagem era mais direcionada aos cuidados relativos aos procedimentos, aos dispositivos de drenagem e aos medicamentos do que às reações do paciente às situações de saúde/doença ou processos de vida. O diagnóstico de enfermagem impõe mudanças no processo de raciocínio, requerendo competência do docente e do discente.

É possível estabelecer-se níveis distintos de competência em diagnósticos de enfermagem. O nível mais básico compreenderia a enfermeira como usuária das classificações existentes. Em nível intermediário de competência, o foco seria a validação de diagnósticos de enfermagem existentes propondo alterações, inclusões e exclusões de itens nas características definidoras e nos fatores relacionados. E, em nível mais avançado, novos diagnósticos de enfermagem seriam propostos para inclusão na taxonomia NANDA (2002), em consonância com os critérios de submissão estipulados por esta associação. Ou, ainda, o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem sensíveis à nossa cultura com a perspectiva de construção de um sistema de classificação brasileiro. O ensino de graduação ficaria responsável especialmente pelo nível básico de competência, enquanto os níveis intermediário e avançado seriam desenvolvidos em pesquisas nos cursos de pós-graduação, ou por enfermeiras e docentes de enfermagem especialistas, o que em certa medida já vem ocorrendo na prática.

Nos debates envolvendo *Estratégias de Ensino-Aprendizagem*, perpassam duas visões distintas relacionadas aos papéis assumidos pelo professor e pelo aluno na relação pedagógica. Por momentos fica patente a relevância dada ao ensino, em contraste à aprendizagem. Tanto docentes quanto discentes a focalizam nas atribuições e nas atividades desenvolvidas pelo docente, mesmo reconhecendo o seu preparo insuficiente para abordar tal temática. Muito pouco é dito sobre as responsabilidades do discente no seu próprio aprendizado, embora seja percebido pelo professor um envolvimento maior do discente. Esta postura mostra claramente o quanto ainda persiste a expectativa por um ensino tradicional,

alicerçado na figura do professor que domina o saber e tem inúmeros deveres em relação ao aluno, e este, depositário passivo e com muitos direitos em relação ao professor. Estas constatações contradizem o perfil de profissional competente concebido por docentes e discentes em que a responsabilidade, o questionamento e a iniciativa são prerrogativas.

Em outras circunstâncias, é revelada uma relação professor-aluno mais horizontalizada, em que ambos se situam como aprendizes, inclusive compartilhando este papel no decorrer das disciplinas e dos estágios hospitalares. Há momentos em que ambos, nos respectivos grupos focais, manifestam o quanto o aluno está mais entusiasmado e até mais bem preparado que o professor para utilizar os diagnósticos de enfermagem na prática clínica.

Dentre as estratégias de ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem que contribuem para o desenvolvimento da competência na formação do graduando, o Estudo de Caso foi a principal. Esta metodologia, que pode ser entendida como uma situação-problema, é ardorosamente defendida por estudiosos de uma pedagogia diferenciada que visa à construção de competências (PERRENOUD, 1999, 2000, 2001, 2002a; REY, 2002). Utilizá-la em situações de complexidade crescente, em que o pensamento crítico e a tomada de decisão sejam incorporados progressivamente, contribui para o desenvolvimento da competência profissional. Uma possibilidade é iniciar com casos simulados para posterior intervenção na realidade concreta (BARBEITO et al., 2001; CONNELL e O'NEIL, 2002).

Os estudos de caso são amplamente empregados no ensino de enfermagem e oportunizam, em grande medida, a aplicação do processo de enfermagem em todas as suas etapas. Na presente investigação o foco dado ao ensino dos diagnósticos de enfermagem se restringe ao paciente hospitalizado no HCPA, e indiretamente à sua família. Mas não só nestas circunstâncias os estudos de caso constituem metodologia de ensino. No cuidado a grupos e à coletividade, bem como ao paciente em distintas instituições hospitalares, o Estudo de Caso possibilita organizar e articular o conhecimento científico, percebendo o outro e construindo com ele(s) o alicerce em direção ao autocuidado, incorporado por meio do processo de enfermagem.

Nos estudos de caso, a atenção primeira é focalizada na coleta de dados do paciente, momento em que as dimensões de competência comunicativa e de relacionamento interpessoal, além da técnico-científica, encontram espaço de desenvolvimento. Assim, além

da ênfase no ensino da Semiótica e Semiotécnica, imprescindíveis na avaliação inicial do paciente, questões éticas, estéticas, culturais e sociais precisam ser privilegiadas.

Investir nos processos de pensamento dos alunos, como nas estratégias metacognitivas, indiretamente apontado por uma docente no grupo focal, parece ser um caminho possível e esperado na construção da competência. Além do processo cognitivo envolvido na aprendizagem, as estratégias metacognitivas favorecem a compreensão e o controle dos alunos sobre seus próprios processos de pensamento, como o planejamento, o monitoramento e a avaliação das suas estratégias de solução de problemas (ANTONIJEVIC e CHADWICK, 1983; PESUT e HERMAN, 1992; BELTRÁN, 1994; DAVIDSON, DEUSER e STERNBERG, 1994; LUNNEY, 2001a; ALMEIDA, 2002).

Um aspecto de suma importância no ensino, destacado fundamentalmente pelos discentes, refere-se à excessiva atenção dispensada à redação dos diagnósticos e suas regras de enunciação em detrimento do processo de raciocínio diagnóstico, em que a identificação dos sinais e sintomas, o agrupamento dos indícios, a interpretação dos dados e as inferências dariam suporte às hipóteses diagnósticas. Na visão dos alunos, esta seria uma das justificativas para o desinteresse de parte dos colegas à proposta dos diagnósticos de enfermagem.

Ao final dos quatro encontros, após amplo debate, os discentes expressaram de forma consensual que o ensino de enfermagem deveria ser fundamentado nos diagnósticos de enfermagem, centralizado primeiramente no processo de raciocínio, embasado nas ciências biológicas, humanas, sociais e da enfermagem. O aluno, nesta perspectiva, precisaria questionar - o paciente, familiares, outros profissionais - e questionar-se, buscar fundamentação teórica sobre os aspectos identificados como problemas ou processos de vida, argumentar acerca das relações existentes entre estes e suas causas, propondo ações para solucioná-los ou minimizá-los. Estes quesitos, indispensáveis ao processo diagnóstico, concorreriam à formação da competência do futuro profissional.

No entendimento de alguns docentes, a proposta dos diagnósticos da NANDA precisa ser seguida na íntegra. Eles verificam que vários profissionais elegem o diagnóstico de enfermagem a partir da sua definição, sem prestar a devida atenção às características definidoras que darão suporte ao próprio diagnóstico, validando-o. Isso vem ao encontro das críticas expressas pelos discentes, em que pouca ênfase é concedida ao processo diagnóstico.

Esta situação é agravada quando na utilização do sistema informatizado a escolha de um diagnóstico de enfermagem é vinculada à busca de intervenções que o paciente necessita, nem sempre correspondendo ao diagnóstico que ele apresenta. Tais constatações ilustram a importância do desenvolvimento de algumas dimensões de competência, como a humanística em seus aspectos éticos, e a comunicativa na área computacional.

Se, por um lado, o programa computadorizado auxilia o aprendizado, ou a sua fixação, de outro ele limita o aluno no esforço de obter novas alternativas diagnósticas que ainda não estejam contempladas no programa. Em vista do exposto, aspecto discutido entre os discentes, fica registrada a importância de exercitar a proposta diagnóstica previamente à utilização do sistema informatizado do HCPA. Além disso, professor e aluno precisam se respaldar de bibliografia sobre o tema, concomitante ao uso do computador. Esta atitude, além de beneficiar o paciente e a aprendizagem do aluno, contribui para a atualização do sistema informatizado, ao identificar lacunas existentes e propor diagnósticos e intervenções de enfermagem que possam ser inseridos no programa computacional. Ou até mesmo desenvolver pesquisas visando à construção de diagnósticos necessários à nossa realidade sociocultural inexistentes na taxonomia empregada. Cabe lembrar que os diagnósticos de enfermagem informatizados derivam de estudos realizados com a clientela assistida, refletindo o perfil epidemiológico da coletividade com a qual a enfermagem da instituição se relaciona, corroborando o contido nas diretrizes curriculares.

A falta de conhecimento de alguns docentes abarca o sistema conceitual e a estrutura taxonômica da NANDA, não só da Taxonomia II, aprovada em 2000 (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2002), mas da Taxonomia I, cujos diagnósticos de enfermagem são encontrados ainda na maioria dos livros texto das disciplinas e utilizados na prática clínica do hospital universitário. O pouco conhecimento sobre estes aspectos da taxonomia compreende, na minha visão, um primeiro aspecto desta lacuna na formação dos docentes. Uma vez que os diagnósticos de enfermagem já fazem parte do dia-a-dia da enfermeira, o foco do ensino deveria estar direcionado à nomeação e à documentação acurada dos resultados do pensamento crítico e da tomada de decisão relativa às necessidades do paciente e às intervenções prescritas. A acurácia diagnóstica, que envolve a interpretação dos dados clínicos a partir da sua análise e síntese, é ainda um objetivo a ser alcançado no ensino e na assistência, já que as diferentes interpretações acerca dos sinais e sintomas do paciente,

resultando em diagnósticos de enfermagem distintos, são observadas por discentes e docentes em campo de prática.

A avaliação da aprendizagem foi pouco enfocada pelos alunos. Somente ao abordarem as significações de competência, cujos critérios de avaliação, nas suas opiniões, dependem em grande medida da subjetividade do avaliador. No grupo focal dos docentes o tema avaliação também tangenciou os debates. Houve a manifestação de uma docente indicando que a realização de um procedimento complexo é uma das formas de avaliar as dimensões de competência dos alunos. Supostamente não debater um aspecto crucial do processo ensino-aprendizagem se deve à constatação, em ambos os grupos, da falta de conhecimento destes em relação à proposta dos diagnósticos de enfermagem e o desconforto muitas vezes percebido em discutir um tema tratado no ensino e para o qual não se sentem suficientemente preparados.

Tanto docentes quanto discentes incluíram, de forma expressiva, as enfermeiras assistenciais nas suas discussões. Isso reflete a importância que este profissional ocupa no ensino-aprendizagem do aluno de enfermagem, seja ao orientá-lo diretamente em campo de estágio seja assumindo, mesmo inconscientemente, o papel de modelo tão necessário na construção da competência.

Nesta perspectiva, de participação da enfermeira no ensino, uma possibilidade seria na avaliação dos diagnósticos de enfermagem elaborados pelo aluno na prática clínica. Os processos cognitivos e metacognitivos percorridos pelo aluno até a decisão diagnóstica acerca das respostas do paciente poderiam ser contrastados com o resultado proveniente da discussão conjunta entre docente e enfermeira da unidade de internação hospitalar na qual o estágio se realiza. Na medida em que o enfermeiro e o docente esquadrinham e refletem sobre os passos e as relações efetuadas no decorrer do raciocínio diagnóstico de uma mesma situação, aumentam as chances de realizar um diagnóstico acurado.

A avaliação realizada pelo professor mediador pressupõe não só o resultado, mas a observação de cada aluno no transcurso de uma prática, ou seja, com característica formativa. A identidade pedagógica que se faz necessária aponta para um professor que abandona a avaliação como forma de pressão. Os desempenhos grupais são valorizados e as contribuições individuais só são destacadas com o intuito de identificar alguma dificuldade específica a ser superada, que no coletivo passa despercebida. As avaliações somativas, de caráter

certificativo e classificatório são propiciadas quando o momento exigir, caso contrário esta não será a ênfase da avaliação.

Ao avaliar o processo diagnóstico percorrido pelo aluno, observa-se a impossibilidade de o seu ensino ter sido apenas transmissivo, baseado exclusivamente na memorização. Exige, sim, conhecimento abrangente e fundamentado, com certo grau de memorização, mas, acima de tudo, raciocínio, crítica e reflexão. Crítica inclusive acerca dos próprios títulos diagnósticos, muitas vezes estranhos à nossa realidade, ao nosso saber e ao nosso fazer. Críticas que, segundo Gordon (2000), têm sido feitas no interior da própria NANDA, que não pretende ser uma associação engessada, mas receptiva às contribuições dos colegas de diferentes países, de modo a contemplar a diversidade cultural.

Quanto ao *Contexto Institucional do Curso*, terceira categoria identificada na relação das concepções de competência com o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, foram debatidos aspectos relativos à estrutura curricular e à política institucional da Escola de Enfermagem.

A tendência dos discentes é apontar a inadequação curricular direcionada ao ensino dos diagnósticos de enfermagem, atribuída ao pouco aprofundamento e à insuficiência de carga horária para desenvolver conteúdos necessários, especialmente situados na área biológica. Na minha percepção não se trata de aumentar a carga horária das disciplinas básicas, mas de abordar estes conteúdos nas disciplinas de enfermagem, realizando as transversalidades necessárias na determinação de um diagnóstico.

A introdução de inovações, como bem alerta Enricone (2001), exige novas maneiras de planejar, ensinar e avaliar. Considero a utilização dos diagnósticos de enfermagem como ponto norteador do ensino nas disciplinas que abordam áreas de interesse da enfermagem e centrada no cuidado ao paciente em lugar da abordagem ainda assumida, cujo foco persiste nos processos patológicos e enfermidades, uma inovação viável e desejável. Não se trata de abdicar dos conhecimentos biológicos e fisiopatológicos, indispensáveis no cuidado ao paciente. Trata-se de redirecionar o nosso olhar e o nosso ensino, valorizando essencialmente o conhecimento que é próprio, independente, e que delinea a identidade da profissão.

Várias experiências no ensino de graduação em nosso país, contemplando os diagnósticos de enfermagem, vêm sendo divulgadas nos últimos anos (CARVALHO, 1997; COSTA, 1997). Algumas delas enfocam a sua abordagem curricular em atendimento ao currículo

mínimo estabelecido em 1994¹⁵ (CRUZ, 1997a; ARAÚJO, 1997; ARAÚJO e GUEDES, 1997), embora a atividade diagnóstica constasse de forma implícita, emergindo das associações de idéias direcionadas de forma intencional para este tema. Na sua grande maioria são experiências ainda restritas a um número limitado de docentes, em algumas disciplinas, investindo em pontos de referência avaliados como fundamentais na formação de um profissional mais autônomo. Elas não têm sido incorporadas a todas as disciplinas que focalizam a assistência de enfermagem na prática clínica, nem assumidas como filosofia e política das instituições de ensino.

Os docentes manifestaram dúvidas acerca de o ensino dos diagnósticos de enfermagem estar contemplado nas diretrizes curriculares. Não é entendimento de todos que, ao se trabalhar com o Processo de Enfermagem, esta etapa está automaticamente incluída. Percebe-se a necessidade de determinação superior que respalde uma alternativa profissional que poderia ser assumida como opção. Embora não explicitado nas diretrizes curriculares atuais, o diagnóstico de enfermagem foi adotado oficialmente através do Provão 2002¹⁶, ao contemplá-lo nas questões discursivas.

Foi consenso entre docentes e discentes que a incorporação dos diagnósticos de enfermagem no ensino de graduação precisa ser assumido como política institucional e não somente por iniciativa de professores isolados em algumas disciplinas do currículo. Para os alunos parece evidente a necessidade de adesão dos professores na introdução de uma inovação como a proposta. De acordo com os docentes é preciso decisão institucional quanto ao referencial a ser adotado no ensino, uma vez que o sistema informatizado do hospital universitário contempla os diagnósticos da NANDA conjugados às Necessidades Humanas Básicas, diversos da estrutura conceitual dos Padrões de Respostas Humanas utilizada pela própria NANDA em sua Taxonomia I, ou mesmo na Taxonomia II.

Em decorrência dos distintos sistemas de classificação da prática de enfermagem sendo desenvolvidos em vários países, em que abrangem diagnósticos de enfermagem direcionados para diferentes áreas da enfermagem, me parece que as taxonomias existentes, bem como as diferentes estruturas conceituais empregadas nos diagnósticos da NANDA deveriam ser

¹⁵ Portaria nº 1721, de 15/12/94

¹⁶ Exame Nacional de Cursos, promovido pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) - MEC, o Sistema de Avaliação da Educação Superior – Provão 2002 contemplou pela primeira vez os Cursos de Enfermagem e Obstétrica.

versadas no ensino, dando-se ênfase ao modelo assumido no hospital universitário onde ocorre grande parte do ensino prático, além de ser a única instituição que já os utiliza no cuidado ao paciente em nosso meio.

O marco conceitual proposto pela brasileira Wanda Horta, na década de 70, a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow foi amplamente difundido no ensino de enfermagem desde então, proporcionando certo conforto às enfermeiras de hoje de utilizar um referencial já conhecido. A proposta de Horta para o diagnóstico, no seu processo de enfermagem em seis etapas, além de complexo apresentava algumas dificuldades de operacionalização, supostamente superadas na proposta da NANDA, como já analisado por Cruz (2001). Assim sendo, associar a Taxonomia da NANDA às necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, amplamente difundidas entre enfermeiras assistenciais e docentes, tem facilitado sua aceitação e implementação na prática clínica e no ensino, consistindo, a meu ver, um grande avanço.

Esta inovação na metodologia do cuidado e nos registros de enfermagem exige envolvimento e formação continuada dos professores. Implica, como foi dito anteriormente, transição de paradigma, alteração das estratégias curriculares, desalojar convicções, expor-se às críticas e observações dos colegas, dos alunos, dos demais profissionais da área da saúde e do indivíduo ou coletividade que requerem nossos cuidados. Exige revisão das próprias resistências e disposição para mudança.

Alguns poucos posicionamentos revelados no grupo focal de docentes expressaram claramente certa dificuldade para mudança, resistência diante dos diagnósticos de enfermagem que estão aí postos. Poderíamos adotar a postura de Demo (2000), quando diz que não se aprende somente do que nos dá prazer, mas sobretudo do que importuna profundamente. Combater o que o incomoda pode levar o docente ao auto-aprendizado e ao envolvimento com o sistema informatizado em construção no hospital universitário. Ao rejeitá-lo sem uma vigorosa argumentação que contribua na construção do próprio projeto, o docente poderá distanciar-se ainda mais da prática clínica, mas sem o respaldo teórico que inúmeras vezes o diferenciou, desta vez em posse também dos enfermeiros assistenciais.

E outras mudanças deverão suceder à introdução da taxonomia dos diagnósticos de enfermagem, como a revisão das intervenções de enfermagem e da etapa de avaliação final, esta de extrema importância no Processo de Enfermagem e a qual pouco se tem efetivamente

realizado. A não-determinação dos resultados desejados, quando se estabelece uma intervenção, e a falta de instrumentos apropriados para esta mensuração têm restringido a enfermeira a mostrar que o cuidado ao paciente que a equipe de enfermagem realiza possibilita resolver ou minimizar problemas ou situações que ela diagnostica.

A adoção de outros sistemas de classificação em enfermagem que se encontram em desenvolvimento, como a Nursing Interventions Classification (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC), que podem ser conectadas à NANDA e começam a ter suas taxonomias traduzidas para o português, é uma forte possibilidade. Acredita-se que elas auxiliarão nesta lacuna da prática da enfermagem brasileira. A sua utilização, contudo, exige análise crítica diante da diversidade sociocultural e pesquisas que permitam evidenciar a sua eficácia em nosso meio. Neste sentido, é mister a participação ativa dos docentes e discentes de enfermagem, em conjunto com os enfermeiros assistenciais, nas fases de estudo, adequação, implantação e avaliação de futuras mudanças.

O engajamento em grupos de estudo, o oferecimento de curso que capacite o docente a diagnosticar em enfermagem, a discussão conjunta entre professores de disciplinas e departamentos distintos, e a realização de um Fórum na Escola de Enfermagem abordando esta temática foram sugestões advindas dos grupos focais. A realização mensal dos Estudos Clínicos promovidos pelo Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem do HCPA, em que enfermeiras dos diferentes serviços do hospital apresentam o Processo e Diagnóstico de Enfermagem de situações vivenciadas por pacientes hospitalizados, já na sua oitava edição em julho de 2002, é mais uma alternativa de formação profissional, aproveitada ainda por um número reduzido de docentes e alunos que lá estagiam.

Assumir solidariamente uma mudança, como a utilização dos diagnósticos de enfermagem no currículo do curso em estudo, foi manifestado como desejável. Em adição ao exposto, menciono as ponderações de Perrenoud (1999) que se encaixam bem ao contexto dos debates. Segundo o autor, qualquer modificação importante é uma aposta. Melhor seria assumi-la coletivamente, correndo-se riscos razoáveis de forma solidária. Isso não significa que todos os docentes e lideranças estejam convictos da alteração, bastando uma pequena maioria para levar adiante o sistema, pois inevitavelmente toda mudança divide opiniões. Mas implica aceitar maneiras diferentes ou opostas de pensar. Como destaca Morin, alcançar a tolerância é “uma questão de cultura democrática e de necessidade de se ter opiniões contrárias” (EDGAR, 2002).

Entendendo a abordagem por competências contida nas atuais Diretrizes Curriculares como um avanço, e não como mera continuidade do *status quo* ou até mesmo retrocesso em direção a um enfoque tecnicista da educação, a partir da análise realizada mediante os resultados encontrados e, sobretudo, como um esforço reflexivo, relaciono (mapeio) a seguir alguns indicadores da competência em diagnosticar. Tendo em mente que não há listas de indicadores suficientemente abrangentes que darão conta de uma competência complexa, cuja ampliação ocorre de forma processual, pois vamos nos tornando competentes constantemente, a mesma configura-se como um inventário aberto, sujeito a supressões e acréscimos. Penso que o discente de enfermagem, bem como o profissional já graduado estarão realizando a etapa do diagnóstico de enfermagem de modo competente se procurarem:

- recorrer aos conhecimentos das ciências biológicas, humanas e da enfermagem e de suas transversalidades para avaliar (coletar informações) o paciente¹⁷, identificando os sinais e sintomas que caracterizem uma resposta desencadeada por problemas de saúde ou processos de vida que, em nosso julgamento, requeira uma intervenção de enfermagem;
- relacionar os sinais e sintomas identificados no paciente, agrupando-os de acordo com a estrutura conceitual escolhida (necessidades humanas básicas, padrões de resposta humana, ou outra), fundamentando consistente e coerentemente as inferências que conduzam à(s) hipótese(s) diagnóstica(s);
- usar a denominação adequada à situação diagnosticada no paciente e em consonância com as regras de enunciação previstas na taxonomia eleita;
- identificar as relações possíveis entre os sinais e sintomas coletados com o paciente e que não encontram correspondência nas definições dos títulos diagnósticos da taxonomia empregada, uma vez que os sistemas de classificação da prática de enfermagem disponíveis situam-se em franco processo construtivo, abrangendo parcialmente as inúmeras situações passíveis de julgamento clínico pelas enfermeiras;
- contemplar as dimensões técnico-científica, humanística, comunicativa e de relacionamento interpessoal da competência ao longo do processo diagnóstico;

¹⁷ O termo paciente aqui empregado pode ser substituído por indivíduo, grupo ou comunidade que é cuidado pela enfermagem.

- utilizar o(s) sistema(s) informatizado(s) que contenham os diagnósticos de enfermagem e intervenções, mantendo postura crítica diante do programa em construção, não limitando-se ao nele contido quando da elaboração dos diagnósticos, e encaminhando ao grupo responsável subsídios para aperfeiçoamento;
- incluir o cliente/paciente, família ou grupo na formulação (validação) da situação por ele(s) vivenciada, de modo a partilhar do diagnóstico elaborado;
- definir os diagnósticos de enfermagem prioritários numa dada situação do paciente para tomá-los como ponto de partida para as intervenções a serem implementadas;
- identificar problemas de saúde ou processos de vida pertinentes a cada uma das etapas do desenvolvimento humano;
- reexaminar o caminho percorrido na determinação do diagnóstico de enfermagem, como momento reflexivo de caráter metacognitivo, conscientizando-se dos passos executados de forma heurística;
- divulgar junto aos colegas e demais profissionais da equipe de saúde, aos Cursos de Graduação em Enfermagem e aos Órgãos de Classe, buscando esclarecer e dissipar concepções errôneas acerca do diagnóstico de enfermagem.

Uma abordagem por competências na formação das enfermeiras e com a utilização dos diagnósticos pressupõe mudanças na forma de ensinar e no conteúdo a ser ensinado. Implica assumir uma pedagogia centrada na relação dialógica professor-aluno, e em substituir um modelo profissional voltado para aspectos biomédicos, essencialmente dependente, por uma visão mais abrangente da pessoa que é cuidada.

Sob este mesmo prisma, procurando não ser prescritiva, mas trazendo elementos para um debate que se faz necessário, penso ser responsabilidade do docente que visa à construção da competência do futuro enfermeiro, e da sua própria, em relação ao ensino e à aprendizagem do diagnóstico de enfermagem:

- organizar situações-problema contextualizadas e progressivamente mais complexas, procurando despertar no aluno o desejo de resolvê-las e a possibilidade de formular hipóteses diagnósticas a partir da mobilização de saberes já adquiridos ou que levem o aluno a buscá-los;

- proporcionar (organizar/criar) atividades de aprendizagem diversificadas e estudos de caso que desafiam os alunos a empregarem o processo de enfermagem em situações singulares vivenciadas por pacientes, levando em conta características, ritmos, motivações dos alunos;
- realizar a avaliação formativa, processual, no decorrer das situações de aprendizagem, que monitore as dificuldades e potencialidades do aluno na busca de superação e de melhoria, estimulando a auto-avaliação e o conseqüente comprometimento do aluno com o seu crescimento acadêmico e pessoal;
- elaborar avaliações somativas que privilegiem situações-problema e levem o aluno a mobilizar recursos, ativar esquemas e tomar decisões;
- elaborar questões que possam ser projetadas para uma situação de vida real, que expressem algo significativo para o aluno e para o assunto que está sendo objeto de avaliação, na qual haja o comprometimento com uma resposta dentre as alternativas bem formuladas;
- buscar familiarizar-se com o computador no ensino participando da informatização nos serviços de enfermagem das instituições onde realiza sua prática pedagógica;
- pesquisar os diagnósticos de enfermagem da sua área de ensino, em parceria com enfermeiros assistenciais e discentes, procurando validá-los no seu contexto e propondo novos diagnósticos de acordo com as normas para submissão estabelecidas pela NANDA ou por outra taxonomia que se venha a utilizar ou mesmo construir.

Nesta mesma perspectiva, de uma pedagogia voltada para a formação da competência, em que o aluno assume posição ativa e responsável por seu auto-aprendizado, cabe a ele, em relação à aprendizagem do diagnóstico de enfermagem:

- buscar complementação dos conhecimentos requeridos, consultando livros, artigos, profissionais diversos e outros recursos disponíveis que possibilitem aprimoramento;
- procurar adquirir experiências diversificadas, além do ensino formal, que possibilitem o encontro com paciente/cliente, família ou comunidade e a implementação do processo de enfermagem em todas as suas etapas, considerando os valores pessoais das pessoas envolvidas;

- engajar-se em estudos e pesquisas que propiciem o desenvolvimento de sistemas de classificação em enfermagem, visando contribuir para a construção do conhecimento da profissão e consolidar o seu aprendizado, de forma significativa.

Após relacionar alguns possíveis indicadores da competência em diagnosticar, e do seu ensino e aprendizagem, muitos deles fruto das informações coletadas nesta investigação, considero importante assinalar algumas observações acerca das técnicas empregadas para tal: a entrevista individual e o grupo focal. Ambas têm suas vantagens, como também limitações. A entrevista, na minha opinião, permite que o entrevistado exponha seu ponto de vista, explore suas idéias, já que o tempo e a atenção do entrevistador estão direcionados exclusivamente a ele. Nem sempre no grupo focal aquele que tem muito a dizer se sente à vontade para manifestar todas as suas idéias, ou a detalhá-las, pois poderia monopolizar o grupo utilizando espaço temporal que deve ser repartido com os demais membros, ou por receio de influenciá-los fazendo com que sua opinião prevaleça, mesmo que esta não seja a sua intenção. Por outro lado, a discussão em grupo e a conseqüente interação que ocorre entre os participantes possibilitam refletir criticamente, contribuindo para a conscientização dos próprios pensamentos e posicionamentos, o que considero um desabrochar metacognitivo.

Dessa forma, a entrevista e o grupo focal associados mostraram-se técnicas de coleta de dados adequadas à presente investigação. Pela interação proporcionada entre os participantes, o grupo focal evidenciou ser uma excelente estratégia de sensibilização para a implementação de mudanças ao favorecer a reflexão e a conscientização do grupo quanto às dificuldades - sejam elas resistências pessoais, estruturais ou outras - e as possíveis alternativas para sua concretização.

A título de sugestão, destaco a seguir algumas possibilidades de investigação, provenientes dos grupos focais ou decorrentes dos resultados deste estudo:

- analisar as temáticas competências e diagnósticos de enfermagem sob diferentes enfoques teóricos, como a perspectiva pós-estruturalista, a pós-moderna e a de gênero;
- examinar o envolvimento dos profissionais de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem, na utilização dos diagnósticos de enfermagem;
- identificar o(s) propósito(s) e a(s) forma(s) como o Processo e o Diagnóstico de Enfermagem vêm sendo inseridos no trabalho da equipe, pelas enfermeiras;

- relacionar as concepções das enfermeiras e dos demais profissionais da equipe de saúde acerca dos diagnósticos de enfermagem;
- revisar o processo de trabalho da enfermagem e propor novas alternativas, mais adequadas ao contexto socioeconômico-cultural e às políticas de saúde e de educação nos quais estão inseridos, que possibilite a implantação do Processo e do Diagnóstico de Enfermagem na prática clínica. Estudos de diferentes países (OFI, 2001; ALMEIDA e ARAÚJO, 2001) têm apresentado as razões evocadas por formandos de enfermagem e enfermeiras quanto à não-utilização do diagnóstico de enfermagem na prática profissional, embora esteja sendo contemplado na sua formação acadêmica. Déficit de conhecimento acerca do tema, pouco tempo para a sua aplicação, número reduzido de enfermeiras e falta de apoio da chefia foram apontadas como razões da inviabilidade de sua implantação. Alguns destes quesitos também foram mencionados nos grupos focais.

Ao finalizar a presente investigação, reafirmo a difícil tarefa de interpretar uma narrativa da realidade. Em analogia com o provérbio sobre os peixes, que são os últimos a enxergar a água, Bruner (2001) assevera com muita propriedade que temos nossas dificuldades em compreender o significado de nadar em histórias, em narrativas. O problema não reside em criar os próprios relatos narrativos da realidade, mas em alcançar uma consciência daquilo que fazemos de modo tão automático. Contrastar, confrontar e a metacognição são três antídotos clássicos, indicados pelo autor, para este tipo peculiar de inconsciência do automático. Assim, ouvir relatos contrastantes que oportunizem examinar as visões distintas dos observadores diante de uma mesma situação e proporcionar a confrontação, mesmo impregnada dos perigos de conflitos, desperta a consciência sobre a relatividade do saber. A metacognição, sob este prisma, gera modos alternativos de elaboração da realidade.

A busca por esta consciência permeou minha trajetória investigativa, embora, em semelhança ao peixe, por vezes, sentisse dificuldade para perceber a água (o significado das narrativas) a me circundar. Numa pedagogia direcionada à construção da competência, maiores investimentos poderiam ser feitos para a criação da sensibilidade metacognitiva, cuja consciência para a interpretação narrativa da realidade se impõe.

A importância e a necessidade da formação docente descortinadas ao longo da investigação, visíveis diante dos desafios pedagógicos, que busca desenvolver a competência

voltada para a cidadania, mas que tem sido regulada essencialmente pela competitividade do mercado de trabalho, exige um profissional atualizado, consciente e crítico que contribua na educação cada vez mais diferenciada e qualificada das gerações atuais e futuras. O grande chamamento deste docente vislumbra uma postura de fazer bem feito e, além disso, de despertar no outro – colegas e alunos - a vontade e o entusiasmo de desenvolver a própria competência.

Referências

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ADAMS, Bárbara L. Nursing education for critical thinking: an integrative review. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 38, n. 3, p. 111-119, Mar. 1999.
- ALESSANDRINI, Cristina Dias. O desenvolvimento de competências e a participação pessoal na construção de um novo modelo educacional. In: PERRENOUD, Philippe et al. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: ARTMED, 2002. p. 157-176.
- ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do Processo de enfermagem: um guia passo a passo*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- _____. *Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Juan S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989. 128p.
- ALMEIDA, Miriam A. Avaliação: diagnosticar com competência. In: ENRICONE, D.; GRILLO, M. (Org.). *Avaliação: uma discussão em aberto*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 89-102.
- _____. Estratégias metacognitivas: uma possibilidade no ensino de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, [2002?]. Aceita para publicação.
- _____. Opiniões de pacientes e enfermeiras sobre aspectos educacionais do paciente ortopédico submetido a Artroplastia Total de Joelho ou de Quadril: propostas em educação para a saúde. 1992. 190f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Educação – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1992.

ALMEIDA, Miriam A.; ARAÚJO, Valéria; KRUSE, Maria Henriqueta. Grupo de estudos sobre diagnóstico de enfermagem: uma atividade de extensão universitária. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 127, ago. 1995.

ALMEIDA, Miriam A. et al. A trajetória do GIDE-RS. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10, 1999. *Programas e Resumos...* Gramado: ABEn/RS, 1999, p. 160.

ALMEIDA, Miriam A.; ARAÚJO, Valéria. Itinerant group: an innovative proposal in the study of nursing diagnosis. In: EUROPEAN CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 3, 2001. *Proceedings...* Berlin: Verlag Hans Huber, 2001a, p.286-287.

_____. The viability of nursing diagnosis: perception of specialization students. In: EUROPEAN CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 3, 2001. *Proceedings...* Berlin: Verlag Hans Huber, 2001b, p.284-285.

ANGEL, Bonnie; DUFFEY, Margery; BELYEA, Michael. An evidence-based project for evaluating strategies to improve knowledge acquisition and critical-thinking performance in nursing students. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 39, n. 5, p. 219-228, May 2000.

ANTONIJEVIC, N.; CHADWICK, C. Estratégias cognitivas e metacognição. *Tecnologia Educacional*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 51, p. 20-28, mar./abr. 1983.

ANTUNES, Maria José. A prática de enfermagem e os sistemas de classificação: a ótica da ABEn. In: GARCIA, Telma; NÓBREGA, Maria Miriam (Org.). *Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo*. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem: Idéia, 2000. p. 9-18.

ARAÚJO, Maria S.O. Diagnóstico de enfermagem: qual a abordagem no novo currículo? In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p. 106-109.

ARAÚJO, Thelma L.; GUEDES, Maria V.C. Diagnóstico de enfermagem: qual a abordagem no novo currículo? In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p. 110-118.

BACKES, Vânia Marli Schubert. O legado histórico do modelo nightingale: seu estilo de pensamento e sua práxis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 52, n. 2, p. 251-264, abr./jun. 1999.

BARBEITO et al. Teaching nursing diagnosis: experiences at schools of nursing in Lanzarote and León. In: EUROPEAN CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 3, 2001. *Proceedings...* Berlin: Verlag Hans Huber, 2001b, p. 85-86.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 229 p.

BELTRÁN, J.M.M. *La mediación en el proceso de aprendizaje*. Madrid: Bruño, 1994.

BENEDET, Silvana A.; BUB, Maria Bettina C. *Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades básicas e na classificação diagnóstica da NANDA*. Florianópolis: Bernúcia, 1998.

BENNER, Patricia. From novice to expert. *American Journal of Nursing*, New York, p. 402-407, Mar. 1982.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari Knopp. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994. 334 p.

BRADSHAW, Ann. Defining competency in nursing (part I): policy review. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, n. 6, p. 347-354, 1997.

BRASIL. Ministério de Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº3, de 7 de novembro de 2001. Brasília, DF, *Diário Oficial da União*, nº 215, 9 de nov. 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

BRUNER, Jerome. *A cultura da educação*. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

BULECHEK, Gloria; JONES, Dorothy; JOHNSON, Marion. Update on NANDA, NIC and NOC. In: *ICN CENTENNIAL CELEBRATIONS*. London: Royal Nursing of Colleges, Jun./Jul. 1999, p. 175-176.

CAREY, Martha Ann. The group effect in focus groups: planning, implementing, and interpreting focus group research. In: MORSE, Janice. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 1994. p.225-241.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CARLSON-CATALANO, Judy. A teaching method for diagnostic skill development. In: LUNNEY, Margaret. *Critical thinking & nursing diagnosis: case studies & analyses*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2001. p. 44-65.

CARNEVALI, Doris L.; THOMAS, Mary D. *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*. Philadelphia: Lippincott, 1993.

CARON-RUFFINO, Márcia. Modelo de ensino para competência aplicado à enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 41, n. 3/4, p. 255-258, jul./dez. 1988.

CARPENITO, Lynda Juall. *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

_____. *Manual dos diagnósticos de enfermagem*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CARVALHO, Emília C. Diagnóstico de enfermagem: considerações sobre o seu ensino. In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p. 59-69.

CARVALHO, E.C.; et al. O processo diagnóstico e seu ensino. *Revista Escola de Enfermagem-USP*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 33-43, abr. 1996.

CARVALHO, E.C.; JESUS, C.A.C. Raciocínio clínico na formulação de diagnóstico de enfermagem para o indivíduo. In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p. 27-38.

CARVALHO, Emília Campos; RUFFINO, Márcia Caron. Processos cognitivos para desenvolvimento de competências para estabelecer diagnóstico de enfermagem: experiência na graduação. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 4., 1998. Anais... Curitiba: ABEn, 1998, p. 1-14.

CASE, Bette. Competence development: critical thinking, clinical judgment, and technical ability. In: KELLY-THOMAS, Karen J. *Clinical and nursing staff development – current competence, future focus*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott, 1998. p. 240-281.

CHARTIER, Louise. Use of metacognition in developing diagnostic reasoning skills of novice nurses. In: RANTZ, M.; LEMONE, P. *Classifications of Nursing Diagnosis: Proceedings of the Fourteenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association*. California, EUA: Cinahl Information Systems, 2002. p. 67-70.

CHOLOWSKI, Krystyna; CHAN, Lorna. Diagnostic reasoning among second-year nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, n. 17, p. 1171-1181, 1992.

CLARK, Mary Jo. Nursing education: focus on flexibility. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 36, n. 3, p. 108-113, Mar. 1997.

COLLIER, I.; McCASH, K.; BARTRAM, J. *Writing nursing diagnoses : a critical thinking approach*. St. Louis: Mosby, 1996. 239p.

COSTA, Ligia B. O ensino do diagnóstico de enfermagem no estágio curricular supervisionado do curso de graduação em enfermagem na UFC. In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p. 39-44 .

CONNELL, W.; O'NEIL. Learning to reason in clinical nursing content. In: NNN Alliance Conference, 2002, Chicago. Trabalho apresentado no Painel de Educação durante a Conferência.

CROSSETTI, Maria da Graça. *Análise da estrutura da prescrição de enfermagem: implicações assistenciais e educacionais*. 1989. 197p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1989.

CROSSETTI, Maria da Graça et al. *Introduzindo o processo diagnóstico como registro do cuidado na enfermagem em um hospital universitário*. Porto Alegre, 1998. Projeto Integrado de Pesquisa – NECE.

CROW, Rosemary; SPICER, Judith. Categorisation of the patient's medical condition – an analysis of nursing judgement. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, v. 32, n. 5, p. 413-422, 1995.

CRUZ, Diná L.M. Contribuições do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira. In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997a, p. 51-58.

_____. Diagnóstico de enfermagem: qual a abordagem no novo currículo? In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997b, p. 100-105.

_____. A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In: CIANCIARULLO, Tâmara et al. (Org.). *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone, 2001. p. 63-84.

_____. *A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: sua influência no processamento de informações por alunos de graduação*. São Paulo, 1995. 149f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

_____. *O julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem*. São Paulo, VI Simpósio Nacional sobre Diagnósticos de Enfermagem / I Simpósio Internacional sobre Classificações de Enfermagem, 8, 2002. Curso proferido no Seminário.

DALL'AGNOL, Clarice. *Avaliação de desempenho na enfermagem e o ser (a)crítico*. 1999. 186f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

DALL'AGNOL, Clarice; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan.1999.

DAVIDSON, J.; DEUSER, R.; STERNBERG, R. The role of metacognition in problem solving. In: METCALFE, J.; SHIMAMURA, A. *Metacognition: knowing about knowing*. London: Bradford book, 1994. p. 207-226.

DEBUS, Mary. *Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales*. Washington: Academy for Educational Development, 1997. 96p.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 5-15, maio 2001.

DEMO, Pedro. *Ironias da educação: mudanças e contos sobre mudança*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. 102p.

DEPRESBITERIS, Lea. Certificação de competências: uma necessidade de avançar numa perspectiva formativa. *Formação*, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 27-38, maio 2001.

DESAULNIERS, Julieta B.R. Formação, ou qualificação, ou competência... *Veritas*, Porto Alegre, v. 38, n. 149, p. 95-103, mar. 1993.

DEWEY, John. *How we think*. Chicago: Henry Regnery, 1933.

DILLY, Cirlene M.L.; JESUS, Maria Cristina P. *Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional*. São Paulo: Probel, 1995.

DOENGES, Marilyn et al. *Application of nursing process and nursing diagnosis: an interactive text for nursing reasoning*. 2. ed. Philadelphia: Davis Company, 1995.

EDGAR Morin: compreensão da complexidade é condição para tolerância. *Adverso, Jornal da ADUFRGS*, Porto Alegre, n. 108, p. 5, 2. quinz. set. 2002.

ENRICONE, Délcia. O professor e as inovações. In: ENRICONE, Délcia (Org.). *Ser professor*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 41-56.

EUROPEAN CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 3, 2001. *Proceedings...* Berlin: Verlag Hans Huber, 2001.

EVORA, Y.D.M. *Processo de informatização em enfermagem: orientações básicas*. São Paulo: EPU, 1995.

FACIONE, Noreen; FACIONE, Peter. Externalizing critical thinking in knowledge development and clinical judgment. *Nursing Outlook*, New York, v. 44, n. 3, p. 129-136, May/Jun. 1996.

FACIONE, Noreen; FACIONE, Peter; SANCHEZ, Carol. Critical thinking disposition as a measure of competent clinical judgment: the development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 33, n. 8, p. 345-350, Oct. 1994.

FARIAS, Juracy Nunes de et al. *Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática*. João Pessoa: Santa Marta, 1990. 160p.

FARO, A.C.M. *Do diagnóstico à conduta de enfermagem: a trajetória do cuidar na reabilitação do lesado medular*. São Paulo, 1995. 208f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FISHER, Beatriz T.D. Prática docente na universidade: uma questão menor? In: MORAES, Vera R.P. (Org.). *Melhoria do ensino e capacitação docente: programa de atividades de aperfeiçoamento pedagógico*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 1996.

FONSECA, Ariadne da Silva. *O estudo de caso: o significado para os discentes de enfermagem*. 1999. 234 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1999.

GARCIA, Telma. O ensino do diagnóstico de enfermagem: a experiência do curso de mestrado em enfermagem na UFPB. In: SIMPOSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM. 4, 1998. *Anais...* Curitiba: ABEn, 1998, p.1-10.

GILLIS, Ângela; MAC LELLAN, Marian; PERRY, Anne. Competencies of liberal education in post-RN baccalaureate students: a longitudinal study. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 37, n. 9, p. 408-411, Dec. 1998.

GIMENO SACRISTÁN, J.; PÉREZ GÓMEZ, A. I. *Compreender e transformar o ensino*. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

GOODMAN, Deborah. Application of the critical pathway and integrated case teaching method to nursing orientation. *Journal of Continuing Education in Nursing*, Thorofare, v. 28, n. 5, p. 205-210, Sep./Oct. 1997.

GORDON, Marjory. *Nursing diagnosis: process and application*. 3. ed. St. Louis: Mosby, 1994.

_____. The NANDA Taxonomy II. In: SPECIAL CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES IN VIENA, 2002. *Proceedings...* Viena: Verlag Hans Huber, 2002. p. 9-29.

GORINI, Maria Isabel. *Vivências de adultos com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial: implicações educacionais*. 2000. 176f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

GUERREIRO, Mario. *Ceticismo ou senso comum?* Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

HAMERS, J.P.H.; ABU-SAAD, H.H.; HALFENS, R.J.G. Diagnostic process and decision making in nursing: a literature review. *Journal of Professional Nursing*, Philadelphia, v. 10, n. 3, p. 154-163, May/June 1994.

HEINRICH, Kathleen; WITT, Barbara. Serendipity: a focus group turned hermeneutic evaluation. *Nurse Educator*, Philadelphia, v. 23, n. 4, p. 40-44, Jul./Aug. 1998.

HERMAN, J.; PESUT, D.; CONARD, L. Using metacognitive skills: the quality audit tool. *Nursing Diagnosis*, Philadelphia, v. 5, n. 2, p. 56-64, Apr./June 1994.

HOGSTON, Richard. Nursing diagnosis and classification systems: a position paper. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 26, p. 496-500, 1997.

HOOTMAN, Janis. Nursing diagnosis: a language of nursing; a language for powerful communication. *Journal of School Nursing*, Scarborough, v.12, n. 4, p. 19-23, Dec. 1996.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: E.P.U., 1979.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. *Relatório Anual 1999*. Porto Alegre, [2000]. 66p.

_____. *Relatório Anual 2000*. Porto Alegre, [2001]. 51p.

IYER, Patrícia; TAPTICH, Bárbara; BERNOCCHI-LOSEY, Donna. *Processo e diagnóstico de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 325p.

JESUS, Cristine A.C.de. *Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção de diagnósticos de enfermagem*. Ribeirão Preto, 2000. 251f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

JOHNSON, Marion; MAAS, Meridien; MOORHEAD, Sue. *Nursing outcomes classification*. 2. ed. St. Louis: Mosby, 2000. 610p.

JOHNSON, Marion et al. *Nursing diagnosis, outcomes and interventions: NANDA, NOC, and NIC linkages*. St. Louis: Mosby, 2001. 532p.

JÚNIOR, Arthur B.; MATHEUS, Maria Clara C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, Tâmara I. (Org.). *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 62-74.

KATAOKA-YAHIRO, Merle; SAYLOR, Coleen. A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 33, n. 8, p. 351-356, Oct. 1994.

KELLY-THOMAS, Karen J. Competence: the outcome of assessment and development. In: _____. *Clinical and nursing staff development – current competence, future focus*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott, 1998. p. 73-91.

KENSKI, V.M. Novas tecnologias: o redimensionamento do espaço e do tempo e os impactos no trabalho docente. *Revista Brasileira de Educação*, São Paulo, n. 8, p. 58-71, mai/jun/jul/ago 1998.

KITZINGER, Jenny. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, Boston, v. 16, n. 1, p.103-120, 1994.

KUEHN, Lynn; JACKSON, Karen. Using nursing standards to evaluate competency. *Nursing Management*, Chicago, v. 28, n. 8, p. 32K, 32N, 32P, 1997.

KUIPER, RuthAnne. Enhancing metacognition through the reflective use of self-regulated learning strategies. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, Thorofare, v. 33, n. 2, p. 78-87, Mar./Apr. 2002.

LEAKE, James; MAIN, Patricia; SABBABH, Wael. A system of diagnostic codes for dental health care. *Journal of Public Health Dentistry*, Richmond, v. 59, n. 3, p. 162-170, Sum. 1999.

LEWIS, T. Thinking nursing. In: EUROPEAN CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 3, 2001. *Proceedings...*Berlin: Verlag Hans Huber, 2001, p. 93-94.

LÉVY, P. *A inteligência coletiva – por uma antropologia do ciberespaço*. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1999.

LIBÂNIO, José Carlos. *Adeus professor, adeus professora?: novas exigências educacionais e profissão docente*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

LIMA, Maria Auxiliadora C.; CASSIANI, Silvia Helena. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 23-30, jan. 2000.

LINHARES, Francisca M.; LEAL, Rosa A.; PONTES, Cleide M. Introdução a Taxonomia da NANDA em Enfermagem Fundamental. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, 1; SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM. 5, 2000. *Programas e Resumos...*João Pessoa: ABEn, 2000, p. 64.

- LIPMAN, Matthew. *O pensar na educação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
- LÓPEZ, Mario. *O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte, ética*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- LUCKESI, Cipriano C. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem? *Revista Pedagógica Pátio*, Porto Alegre, ARTMED, ano 4, n. 12, fev. 2000. p. 6-11.
- LUCKESI, Cipriano et al. *Fazer universidade: uma proposta metodológica*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- LUNARDI, Valeria L. *História da enfermagem: rupturas e continuidades*. Pelotas: UFPEL. Editora Universitária, 1998.
- LUNNEY, Margaret et al. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. In: LUNNEY, Margaret. *Critical thinking & nursing diagnosis: case studies & analyses*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2001. p. 313-326.
- LUNNEY, Margaret. Nursing diagnosis, thinking and critical thinking. In: LUNNEY, Margaret. *Critical thinking & nursing diagnosis: case studies & analyses*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association, 2001a. Chapter 1, p. 3-17.
- MAAS, Meridien. Viewpoint: response to S. Beyea's "nursing diagnosis or patient problem?" *Nursing Diagnosis*, Philadelphia, v. 11, n. 2, Apr./Jun. 2000. p. 84-86.
- MACHADO, Nilson José. Sobre a idéia de competência. In: PERRENOUD, Philippe et al. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: ARTMED, 2002. p. 137-155.
- MAGALHÃES, Ana Maria M.; JUCHEM, Beatriz C. Primary Nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 5-18, jul. 2000.
- MANFREDI, Silvia Maria. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 64, p. 1-20, set.1998.
- MARIN, H.F. Nursing informatics in Brazil – a brazilian experience. *Computers in Nursing*, Philadelphia, v. 16, n. 6, p. 327-332, Nov./Dec. 1998.
- MARX, Lore; MORITA, Luiza. *Competências gerenciais na enfermagem: a prática do Sistema Primary Nursing como parâmetro qualitativo da assistência*. São Paulo: BH Comunicação, 2000. 130p.
- MAY, Bárbara et al. Critical thinking and clinical competence: a study of their relationship in BSN Seniors. *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 38, n. 3, p. 100-110, Mar. 1999.
- McCLOSKEY, Joanne c.; BULECHEK, Gloria M. *Nursing intervention classification (NIC)*. 3. ed. St. Louis: Mosby, 2000. 911p.

MEDEIROS, Roseana M.; STÉDILE, Nilva; CLAUS, Suzete M. *Construção de competências em enfermagem*. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

MILLIGAN, Frank. Defining and assessing competence: the distraction of outcomes and the importance of educational process. *Nurse Education Today*, Edinburgh, 18, p. 273-280, 1998.

MORAES, Maria Cândida. *O paradigma educacional emergente*. São Paulo: Papirus, 1997.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo: limites e possibilidades. In: ENGERS, Maria Emília (org.). *Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994.

_____. Análise de conteúdo. *Educação*, Porto Alegre, PUC, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

_____. *Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual qualitativa*. Porto Alegre, 2001. Texto não publicado.

MORGAN, David. Why things (sometimes) go wrong in focus group. *Qualitative Health Research*, London, v. 5, n. 4, p. 516-523, Nov. 1995.

MORRISON, Ruby; PEOPLES, Letrell. Using focus group methodology in nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, Thorofare, v. 30, n. 2, p. 62-65, Mar./Apr. 1999.

NOLAN, Pat. Competencies drive decision making. *Nursing Management*, Chicago, v. 29, n. 3, p. 27-29, Mar. 1998.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 1999-2000*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 184p.

_____. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação, 2001-2002*. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 288p.

OFI, B. Student nurses' perception of impediments in the use of nursing diagnoses in the clinical area of Botswana. In: EUROPEAN CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES, 3, 2001. *Proceedings...* Berlin: Verlag Hans Huber, 2001b, p. 84.

OLIVEIRA, Dora L. *Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky sex – what implications for health promotion?* 2001. 237f. Tese (Doutorado) - Institute of Education. University of London, London, 2001.

O'NEILL, Eileen. Heuristics reasoning in diagnostic judgment. *Journal of Professional Nursing*, v. 11, n. 4, p. 239-245, Jul./Aug. 1995.

ODD, Nico et al. International Nursing Language News. *Nursing Diagnosis: The International Journal of Nursing Language and Classification*, Philadelphia, v. 11, n. 1, p. 41-42, Jan./Mar. 2000.

PASKULIN, Lisiane M. O saber e o fazer como processo educativo para a enfermeira. In: MEYER, Dagmar; WALDOW, Vera; LOPES, Marta J. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 171-182.

PAUL, Charlotte; REEVES, Joan. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, Julia et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática de enfermagem*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 2, p. 21-32.

PEIXOTO, Luzia F. *Teologia da enfermagem*. Goiânia: AB, 2002. 76p.

PERRENOUD, Philippe. *Competências para ensinar e aprender*. Porto Alegre, Seminário Internacional com Philippe Perrenoud e Monica Gather Thurler: as competências para ensinar no século 21 – a formação dos professores e o desafio da avaliação, 8, 2001b. Palestra proferida no Seminário.

_____. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. 90p.

_____. *Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza*. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2001a. 208p.

_____. A formação dos professores no século XXI. In: PERRENOUD, Philippe et al. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação*. Porto Alegre: ARTMED, 2002b. p. 11-33.

_____. *Novas competências para ensinar*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 192p.

_____. *A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre, ARTMED, 2002a. 232p.

PESUT, D.; HERMAN, J. Metacognitive skills in diagnostic reasoning: making the implicit explicit. *Nursing Diagnosis*, Philadelphia, v. 3, n. 4, p.148-154, Oct./Dec.1992.

_____. OPT: transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*, New York, v. 46, n. 1, p. 29-36, Jan./Feb. 1998.

PETERS, Matt. Does constructivism epistemology have place in nursing education? *Journal of Nursing Education*, Thorofare, v. 39, n. 4, p. 166-172, Apr. 2000.

POERSCH, José M. Uma questão terminológica: consciência, metalinguagem, metacognição. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 7-12, dez. 1998.

POZO, J.I. et al. *A solução de problemas: aprender a resolver, resolver para aprender*. Porto Alegre: Artes Médicas: Porto Alegre, 1998. 177p.

PRIMO, A.F. T. *Seria a multimídia de fato interativa?* Disponível em: <<http://ultra.pucrs.br/famecos/rf6alex.html>>. Acesso em 19 ago. 1999.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001. 320p.

RÉA-NETO, A. Raciocínio clínico – o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 301-311, 1998.

REED, Jan; PAYTON, Valerie. Focus group: issues of analysis and interpretation. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 26, p. 765-771, 1997.

REFERENCIAL Nacional de Honorários Fisioterapeutas. [S.l.]: Associação Brasileira de Fisioterapia, 1998.

REY, Bernard. *As competências transversais em questão*. Porto Alegre: ARTMED, 2002. 232p.

RIBAS, Marina Holzmann. *Construindo a competência: processo de formação de professores*. São Paulo: Olho d'água, 2000. 135p.

RIOS, Terezinha Azeredo. *Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade*. São Paulo: Cortez, 2001.

RISNER, Phyllis. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J.W. *Nursing process: application of conceptual models*. 3. ed. St. Louis: Mosby, p. 132-157, 1990.

ROPÉ, Françoise; TANGUY, Lucie (Org.). *Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. Campinas, SP: Papirus, 1997. 207p.

ROSSI, Lídia; CASAGRANDE, Lisete D.R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, Tamara et al. (Org.). *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone, 2001. p.41-62.

SANTIN, Silvino. *Educação física: ética, estética, saúde*. Porto Alegre: Edições Est, 1995.

SANTOS, Beatriz R.L. *Educação, enfermagem e prática profissional com famílias: vivências de professores de um curso de graduação*. 1996. 253f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

SAUTHIER, Jussara. A história e o cotidiano de enfermagem conhecendo o passado, compreendendo o presente, projetando o futuro. 11º Encontro de Enfermagem da Região Sul/Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn. *Anais*, Porto Alegre: ABEn/RS, 2000. p. 32-35.

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, Campinas: Cedes, v. XIX, n. 65, p. 101-140, dez. 1998.

SEGURA, Pulpón et al. Evaluar la competencia clínica: futuro inmediato para enfermería. *Revista Rol Enfermería*, Barcelona, v. 22, n. 6, p. 475-478, 1999.

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL (SENADEN), 3, 1998, Rio de Janeiro. *Documento final*. Rio de Janeiro: ABEn/RJ, 1998.

SILVA, Isília et al. A participação do Brasil no projeto de classificação internacional das práticas de enfermagem. In: GUEDES, M.V.C.; ARAÚJO, T.L. (Org.). *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997, p. 9-21.

SILVA, Maria Júlia Paes. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 6. ed. São Paulo: Editora Gente, 1996.

SMELTZER, S.; BARE, B. Reflexão crítica e o processo de enfermagem. In: _____. *Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 22-33.

SOUZA, Mariana F.; BARROS, Alba L.; MICHEL, Jeanne L. Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados de enfermagem. In: BARROS, A.L. et al. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. Porto Alegre: ARTMED, 2002. cap. 1, p.19-35.

SPECIAL CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF COMMON EUROPEAN NURSING DIAGNOSIS, INTERVENTIONS AND OUTCOMES IN VIENA, 2002. *Proceedings...* Viena: Verlag Hans Huber, 2002.

STANTON, M., PAUL, C.; REEVES, J. Um resumo geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, cap. 2, p. 24-37.

STERNBERG, Robert J. *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2000. 494p.

TAYLOR, Catherine. Clinical problem-solving in nursing: insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 31, n. 4, p. 842-849, 2000.

THOMAS, Nancy; NEWSOME, Grace. Factors affecting the use of nursing diagnosis. *Nursing Outlook*, New York, v. 40, n. 4, p. 182-186, Jul./Aug. 1992.

TURRA, Clodia M.G. Avaliação e reconstrução contínua da realidade. In: ENRICONE, Délcia; GRILLO, Marlene (Org.). *Avaliação: uma questão em aberto*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. p. 43-58.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Escola de Enfermagem. Comissão de Graduação. *Projeto pedagógico*. Porto Alegre, 2001.

WALDOW, Vera R. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

_____. Desenvolvimento do pensamento crítico na enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.109-134.

_____. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 53-85.

WESTPHAL, Márcia Faria et al. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Oficina Sanitária Panamericana*, Washington, v. 120, n. 6, p. 476-481, 1996.

WILLIS, Winnie O. Culturally competent nursing care during the perinatal period. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, Frederick, v. 13, n. 3, p. 45-59, Dec. 1999.

ZEICHNER, Kenneth. *A formação reflexiva de professores*. Lisboa: Educa, 1993.

Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Contando com sua colaboração em participar da pesquisa sobre o **desenvolvimento de competências no ensino do processo diagnóstico em enfermagem**, de minha autoria, dirijo-me, no intuito de obter seu consentimento formal como participante na **entrevista individual**.

Esta iniciativa faz parte da minha formação acadêmica no Curso de Doutorado em Educação da PUCRS. O principal objetivo a que me proponho, neste estudo, é conhecer as concepções de discentes e docentes sobre as competências necessárias para diagnosticar em enfermagem.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios deste Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente à pesquisa;
- da liberdade de optar pelo ingresso e continuidade no estudo ou pela desistência, a qualquer momento, sem que isto me traga algum tipo de prejuízo;
- da segurança na preservação do meu anonimato quanto às informações concedidas;
- de que a entrevista será gravada em áudio, transcrita, e a fita destruída após a defesa da Tese.

Como pesquisadora responsável por este projeto (Miriam de Abreu Almeida), coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários nos fones: 333-1914 ou 9123-7416. A professora orientadora é Dra. Délcia Enricone, podendo ser contatada nos fones: 223-7344 ou 320-3500 ramal 4432.

Nome e assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

Data:

Obs.: Documento em duas vias (uma destinada ao participante e outra à pesquisadora)

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - DISCENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Código: _____

Tempo que utiliza o diagnóstico de enfermagem: _____

QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA:

- 1) Qual o seu entendimento sobre competência(s)?
- 2) Qual o seu entendimento sobre a relação de competência(s) e o ensino de enfermagem?
- 3) Relembre uma situação ocorrida recentemente em que, ao cuidar de um paciente, você tenha estabelecido pelo menos um diagnóstico de enfermagem. Descreva detalhadamente como você chegou até o enunciado do diagnóstico de enfermagem.
- 4) Qual o seu entendimento sobre a relação de competência com a situação anteriormente descrita?
- 5) Quais aspectos relevantes você gostaria de acrescentar em relação ao tema?

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - DOCENTE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Código: _____

Tempo de docência: _____

Tempo que utiliza o diagnóstico de enfermagem: _____

QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA:

- 1) Qual o seu entendimento sobre competência(s)?
- 2) Qual o seu entendimento sobre a relação de competência(s) e o ensino de enfermagem?
- 3) Relembra uma situação ocorrida recentemente em que um(a) aluno(a), ao cuidar de um paciente, tenha estabelecido pelo menos um diagnóstico de enfermagem. Descreva detalhadamente como ele(a) chegou até o enunciado do diagnóstico de enfermagem.
- 4) Qual o seu entendimento sobre a relação de competência com a situação anteriormente descrita?
- 5) Quais aspectos relevantes você gostaria de acrescentar em relação ao tema?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Dando continuidade à pesquisa sobre o **desenvolvimento de competências no ensino do processo diagnóstico em enfermagem**, de minha autoria, dirijo-me, com a finalidade de obter o seu consentimento formal como participante nas atividades de **Grupos Focais**.

Esta iniciativa faz parte da minha formação acadêmica no Curso de Doutorado em Educação da PUCRS. O principal objetivo a que me proponho, neste estudo, é conhecer as concepções de discentes e docentes sobre as competências necessárias para diagnosticar em enfermagem.

A primeira etapa da pesquisa consistiu em entrevistas individuais. Agora, pretendo realizar reuniões grupais entre os participantes, sob a minha coordenação, para que se possa dialogar sobre os principais temas emergentes acerca das competências necessárias para o ensino do processo diagnóstico em enfermagem.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios deste Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado(a):

- da garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida referente à pesquisa;
- da liberdade de optar pela continuidade no estudo ou pela desistência, a qualquer momento, sem que isto me traga algum tipo de prejuízo;
- da segurança na preservação do meu anonimato quanto às informações concedidas;
- de que as sessões dos grupos focais serão gravadas em áudio, transcritas, e as fitas destruídas após a defesa da Tese.

Como pesquisadora responsável por este projeto (Miriam de Abreu Almeida), coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários nos fones: 333-1914 ou 9123-7416. A professora orientadora é Dra. Délcia Enricone, podendo ser contatada nos fones: 223-7344 ou 320-3500 ramal 4432.

Nome e assinatura do participante:

Assinatura da pesquisadora:

Data:

Obs.: Documento em duas vias (uma destinada ao participante e outra à pesquisadora)

PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL (GUIA DE TEMAS)

GRUPO FOCAL DE DISCENTES

1ª SESSÃO

- Apresentação dos objetivos e finalidades da pesquisa, e da técnica de grupo focal (transparência);
- Técnica de descontração e apresentação dos participantes;
- Distribuição dos formulários de Consentimento Livre e Informado;
- Apresentação dos resultados das entrevistas individuais com docentes e discentes (transparência);

Questão propulsora dos debates:

- Partindo das categorias que emergiram das entrevistas, como vocês percebem o que apareceu sobre competências?

2ª SESSÃO

- Apresentação da síntese da sessão anterior e confirmação com os participantes se a mesma reflete as discussões ocorridas;
- Questões propulsoras dos debates:
 - Em relação às dimensões/aspectos envolvidas na competência (técnica, cultural, ética, relações humanas, valores morais), identificados no encontro anterior, vocês poderiam detalhar mais e exemplificar?
 - Que outros aspectos podem estar envolvidos na competência da(o) enfermeira(o)?
 - Voltando o nosso pensamento para o diagnóstico de enfermagem/processo diagnóstico, que relação(ões) vocês percebem com as dimensões de competência discutidas anteriormente?

OU

- Que relações vocês percebem entre os aspectos/dimensões de competência e o diagnóstico de enfermagem/processo diagnóstico?

3ª SESSÃO

- Apresentação da síntese da sessão anterior e confirmação com os participantes se a mesma reflete as discussões ocorridas;

Questões propulsoras dos debates:

- Como competências para diagnosticar foram apontadas saber avaliar, saber observar, mais voltadas para a competência técnica. O que vocês pensam sobre isto?
- O diagnóstico de enfermagem foi considerado muito complexo. Vocês poderiam explicar por quê?
- Que outras necessidades (competências) vocês identificam no ensino do processo diagnóstico?

4ª SESSÃO

- Apresentação da síntese da sessão anterior e confirmação com os participantes se a mesma reflete as discussões ocorridas;

Questões propulsoras dos debates:

- Foi dito no encontro anterior que o docente dá muita ênfase à competência técnica. Esta não é uma solicitação do aluno?
- Em encontros anteriores vocês identificaram outros aspectos/dimensões de competência (ética, cultural, relações humanas/interpessoais). Estes aspectos estão relacionados com o ensino do processo diagnóstico?
- Em caso positivo, como vocês percebem esta relação? Por quê?

Avaliação do grupo focal.

5ª SESSÃO

- Apresentação do Quadro-resumo contendo as categorias oriundas do grupo focal visando à validação do material analisado.

PLANEJAMENTO DO GRUPO FOCAL (GUIA DE TEMAS)

GRUPO FOCAL DE DOCENTES

1ª SESSÃO

- Apresentação dos objetivos e finalidades da pesquisa, e da técnica de grupo focal (transparência);
- Técnica de descontração e apresentação dos participantes;
- Distribuição dos formulários de Consentimento Livre e Informado;
- Apresentação dos resultados das entrevistas individuais com docentes e discentes (transparência);

Questão propulsora dos debates:

- Partindo das categorias que emergiram das entrevistas, como vocês percebem o que apareceu sobre competências?

2ª SESSÃO

- Apresentação da síntese da sessão anterior e confirmação com os participantes se a mesma reflete as discussões ocorridas;

Questões propulsoras dos debates:

- Em relação às dimensões/aspectos envolvidas na competência (técnica, saber científico, relações humanas, ética e moral), identificados no encontro anterior, vocês poderiam detalhar mais e exemplificar?
- Que outros aspectos podem estar envolvidos na competência da(o) enfermeira(o) e qual a sua relação com o ensino?
- Voltando o nosso pensamento para o diagnóstico de enfermagem/processo diagnóstico, que relação(ões) vocês percebem com as dimensões de competência discutidas anteriormente?

OU

- Que relações vocês percebem entre os aspectos/dimensões de competência e o diagnóstico de enfermagem/processo diagnóstico?

3ª SESSÃO

- Apresentação da síntese da sessão anterior e confirmação com os participantes se a mesma reflete as discussões ocorridas;

Questões propulsoras dos debates:

- Diante dos aspectos positivos e negativos/dificuldades que foram apontadas acerca do diagnóstico de enfermagem, que fatores favorecem e quais limitam o seu ensino na graduação?
- O que poderia ser modificado no ensino para favorecer a utilização do diagnóstico de enfermagem e o desenvolvimento de competências nos alunos e nos professores?

4ª SESSÃO

- Apresentação da síntese da sessão anterior e confirmação com os participantes se a mesma reflete as discussões ocorridas;

Questões propulsoras dos debates:

- Quais estratégias que poderiam ser adotadas no ensino para favorecer a utilização do diagnóstico de enfermagem e o desenvolvimento de competências nos alunos e nos professores? Já foi dito em outros encontros que a chave da competência seria formar no aluno o pensamento crítico, julgamento crítico para decidir o que fazer, uma análise ampla da situação, buscar conhecimento, ser questionador, ser criativo e que muitas dessas características, assim dizendo, estão presentes no diagnóstico de enfermagem. Então, nesse sentido do ensino: O que é que poderia ser feito? Que estratégias de fato a gente poderia adotar para favorecer o desenvolvimento tanto de competências de uma forma geral e do diagnóstico de enfermagem?
- Em encontros anteriores vocês identificaram outros aspectos/dimensões de competência (ética, cultural, relações humanas/interpessoais). Estes aspectos estão relacionados com o ensino do processo diagnóstico?
- Em caso positivo, como vocês percebem esta relação? Por quê?
- Avaliação do grupo focal.

5ª SESSÃO

- Apresentação do Quadro-resumo contendo as categorias oriundas do grupo focal visando à validação do material analisado.

FICHA DE ACOMPANHAMENTO - GRUPO FOCAL

DISCENTES ()

DOCENTES ()

Sessão nº _____

Data: ____/____/ 2001

Início: ____:____ h

Término: ____:____ h

Nº de participantes: _____

OBSERVAÇÕES E RELATÓRIO DA ATIVIDADE: