



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Alcione Alves Linhares

O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas

Rio de Janeiro

2010

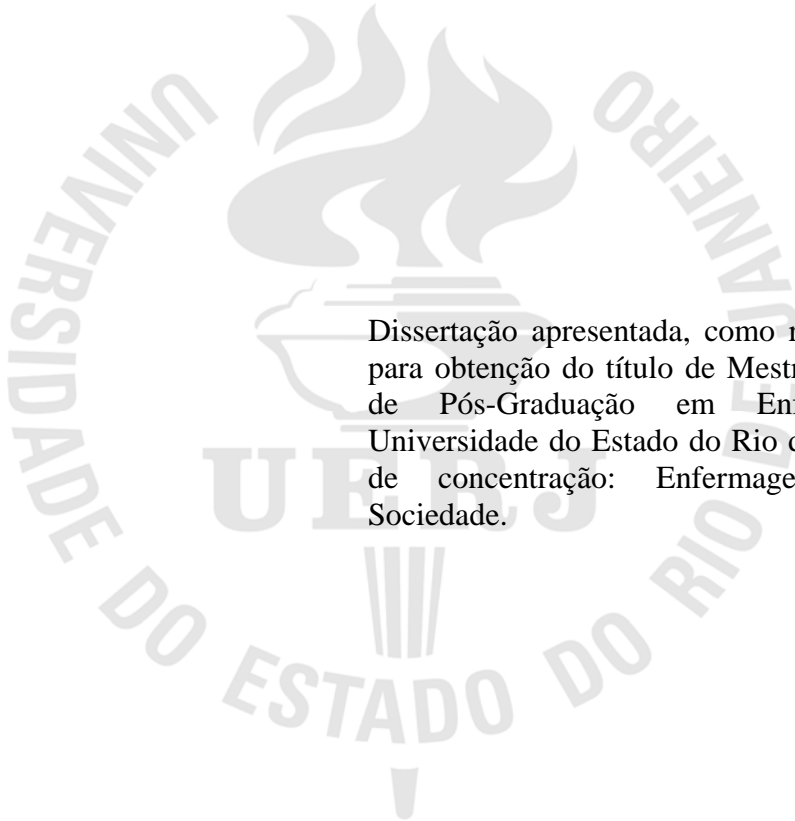
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Alcione Alves Linhares

O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

L755 Linhares, Alcione Alves.
O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas / Alcione Alves Linhares. - 2010.
113 f.

Orientador: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Raciocínio baseado em casos – Aspectos da saúde. 2. Ferimentos e lesões – Enfermagem. 3. Câncer - Enfermagem. I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Alves Linhares

O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 04 de março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^a. Dr^a. Ligia de Oliveira Viana
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Rio de Janeiro

2010

AGRADECIMENTOS

Este trabalho somente pôde ser realizado porque várias pessoas especiais cruzaram o meu caminho.

Porém, três delas impregnaram minha mente com suas energias de forma absoluta:

Minha mãe, que me colocou no caminho;

Meu pai, que me acompanhou desde o início do caminho;

E a minha mestra Norma, que me conduziu durante todo o caminho.

Eu agradeço a Deus por isso.

Diga a eles que tive uma vida maravilhosa.

Ludwig Wittgenstein

(Últimas palavras do pensador austríaco da filosofia da mente, da lógica e da linguagem, morto por câncer de próstata)

RESUMO

LINHARES, Alcione Alves. **O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas**. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Estudo de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, que teve como objeto o raciocínio clínico elaborado pelos enfermeiros ao cuidar de feridas em clientes com afecções oncológicas. Os objetivos traçados para o estudo foram: identificar as estratégias cognitivas que os enfermeiros com especialização em área oncológica consideram adotar para o estabelecimento de um julgamento clínico na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas e caracterizar as etapas de elaboração mental para construção do raciocínio clínico que os enfermeiros consideram percorrer quando da avaliação de feridas em cliente acometido por afecções oncológicas. O campo de pesquisa foi o Instituto Nacional do Câncer, no qual os cenários de coleta foi a unidade HC-I nas Seções de Oncologia Clínica, Neurocirurgia, Abdominopélvica, Centro de Tratamento Intensivo e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Os sujeitos do estudo foram treze enfermeiros com especialização em oncologia, que assistiam clientes com afecções oncológicas, há pelo menos cinco anos. A coleta dos dados aconteceu nos meses de junho e julho de 2009, sendo utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada para captar as informações. A análise dos dados foi realizada com base no método de análise de conteúdo, que ao ser aplicado possibilitou a apreensão de quatro categorias: (1) a afecção oncológica como fator expressivo na elaboração mental diagnóstica do enfermeiro; (2) a relevância do conhecimento teórico-prático avançado para a elaboração mental avaliativa do enfermeiro; (3) a construção da elaboração mental para o raciocínio clínico diagnóstico do enfermeiro; (4) a importância da interação humana no contexto avaliativo. Concluiu-se que, este estudo identificou, na discussão das categorias, as quatro principais estratégias cognitivas que os enfermeiros com especialização em área oncológica consideram adotar para o estabelecimento de um julgamento clínico na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas e caracterizou as etapas de elaboração mental para construção do raciocínio clínico diagnóstico do tipo hipotético-dedutivo e intuitivo. Compreendeu-se que os sujeitos da pesquisa detêm qualidades intelectuais específicas e avançadas, quando elaboram diagnósticos e intervenções baseadas nas respostas humanas em situação de avaliação de feridas nos clientes com doença oncológica, e foi considerado que o ensino pode impulsionar o desenvolvimento das competências cognitivas no sentido de formar profissionais capazes de avaliar o próprio conhecimento, bem como a fomentação de novas pesquisas relativas a essa temática imprescindível para uma assistência de enfermagem qualificada.

Palavras-chave: Raciocínio clínico. Avaliação de feridas. Afecções oncológicas.

ABSTRACT

This is a qualitative, descriptive and exploratory study about the clinical reasoning utilized from nurses when they take care wounds in clients with oncologic diseases. The purpose was identified the cognitive strategies which the oncologic specialized nurses utilize to define a clinical trial to evaluate the wounds in oncologic clients and characterize the stages of the mental elaboration that these nurses make to reach the reasoning trial when the evaluation of these wounds are taken. This study took place in the National Cancer Institute in the Unit HC-1 in the sections of Oncologic Clinic, Neurosurgery, Abdomem and Pelvic, Intensive Unit Care and Head and Neck surgery. The subject of this study was thirteen oncologic specialized nurses who are working in this field at least five years. The datas' collection was performed from June to July 2009 and was utilized a semi-structure interview. The datas' analysis was realized based in the analysis content method which allowed to reach four categories. (1) The oncologic disease as an expressive factor to the nurses in their mental elaboration of the diagnostic, (2) The relevance of the practical and theoric advanced knowledge to able the nurses to perform a mental evaluation, (3) The nurses steps of the mental elaboration to get the diagnostic clinical reasoning, (4) The human interaction in the evaluation context. It was concluded from the categories above, four main cognitives strategies which the oncologic specialized nurses utilize to establish a clinical trial in the evaluation of the wounds in clients with oncologic diseases. Also this study characterized the mental steps elaboration to reach a diagnostic clinical reasoning as hypothetical-deductive and intuitive. It was understood that the subjects of this study who were evaluating the wound in clients with oncologic diseases have advanced and specific intellectual skills to perform a diagnostic and intervention in these clients. It was also considered that the education can promote the development of the cognitive proficiency to make the professionals able to evaluate their own knowledge as well as new researchs regarding at this thematic is indispensable to a qualified nursing assistance.

Keywords: Clinical reasoning. Wounds evaluation. Oncologic diseases.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
1.1 A complexidade do cuidado de enfermagem do cliente acometido por feridas ..	22
1.2 O cliente com afecção oncológica e acometido por ferida	33
1.3 O raciocínio clínico como processo mental para o julgamento clínico	40
2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	48
2.1 Tipo de estudo e a abordagem	48
2.2 Cenário do estudo	49
2.3 Sujeitos do estudo e critérios de inclusão	51
2.4 Instrumento de coleta de dados	53
2.5 Método de análise de dados	54
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS	60
3.1 Reflexões sobre o processo de análise das informações	60
3.2 Análise e discussão das categorias	63
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A SÍNTESE DO QUE FOI REVELADO	92
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE A - Roteiro para entrevista	105
APÊNDICE B - Orçamento para o ano de 2009.....	106
APÊNDICE C - Aplicação de parâmetros estatísticos para cálculo das unidades de significação	107
APÊNDICE D – Aplicação de parâmetros estatísticos para a construção de categorias a partir do agrupamento temático	109
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
ANEXO B - Carta de aprovação do CEP- INCA	113

INTRODUÇÃO

- O objeto e sua contextualização

Em vinte e cinco anos atuando como enfermeira, destaco o cuidado a clientes portadores de feridas como a atividade de enfermagem que mais me gratifica, ressaltando também a inserção no contexto da oncologia como um aspecto importante em minha trajetória profissional. Por isso escolhi como objeto desse estudo o raciocínio clínico elaborado pelos enfermeiros ao cuidarem de feridas em clientes com afecções¹ oncológicas.

Após a conclusão de minha graduação em enfermagem, cursei mais um ano de habilitação médico-cirúrgica e licenciatura. A partir dessa trajetória acadêmica, vieram longos anos de trabalho assistencial em hospitais de grande e pequeno porte, em rede pública e privada, nos quais executei cuidados nas mais diversas áreas da enfermagem, desde a assistência a politraumatizados até a atividades gerenciais na assistência de enfermagem.

Cumpriu-se minha trajetória, durante nove anos, na cidade do Rio de Janeiro, onde concluí meu primeiro curso de pós-graduação em Administração Hospitalar, na Universidade Federal Fluminense. Então, desejando adquirir novos conhecimentos e vivenciar diversificadas experiências profissionais, decidi residir na cidade de São Paulo. Lá permaneci sete anos, podendo estudar áreas de conhecimento transversais à enfermagem como Propaganda e Marketing, Auditoria e Análise de Contas Hospitalares, Suporte Avançado de Vida ao Politraumatizado (ATLS), Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), Captação e Transplante de Órgãos (OPO) e outros.

De volta ao Rio de Janeiro, novo desafio apresentou-se: desenvolver a assistência de enfermagem voltada a clientes com afecções oncológicas. Desde então, há nove anos, venho cuidando dessa clientela. Ênfase que este cenário é especial, uma vez que se apresentam situações complexas de enfrentamento com clientes, familiares e profissionais que nela atuam, pois os reflexos biopsicossociais da doença oncológica envolvem questões como a finitude, mutilações e agressividade terapêutica. Então, considerar a complexidade dessa situação é de caráter significativo para que sejam definidos o diagnóstico, estadiamento² e planejamento

¹ Refere-se ao processo mórbido considerado em suas manifestações atuais: doença. (HOUAIS; VILLAR, 2001).

² Estadiamento consiste em avaliar a extensão da doença no órgão de origem, aos órgãos e/ou estrutura adjacentes, aos linfonodos regionais e à distância (metástase). (BRASIL, 2004).

terapêutico da pessoa com câncer. Para tal, podem ser necessários desde procedimentos ambulatoriais e exames não invasivos como cirurgias exploradoras de grande porte, perpassando, durante o processo, questões que invocam valores éticos, técnicos e pessoais de todos os envolvidos no processo doença-tratamento.

Grande número de clientes com afecções oncológicas é acometido por feridas de diversos tipos e gravidade como, por exemplo, feridas operatórias complicadas, lesões tumorais, radiodermites, úlceras por pressão, úlceras vasculogênicas, dentre outras, o que compromete diretamente seu estado clínico. A manifestação dessas feridas modifica o plano terapêutico, envolvendo procedimentos de alta complexidade para assistência global desses clientes.

Esse plano terapêutico pode envolver sessões de radioterapia, quimioterapia, cirurgias especiais, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, suporte psicológico, nutricional e de controle da dor. A título de exemplificação, cito o caso da radiodermite que, conforme sua gravidade pode incorrer na interrupção das sessões de radioterapia para que as lesões sejam tratadas e, então, retomado o plano radioterápico. Além desse exemplo, é possível aludir ao surgimento de úlceras por pressão que, em estágio avançado, proporciona porta de entrada para patógenos de alta virulência e até multirresistentes. Dessa forma, há grande possibilidade de comprometimento do resultado do plano terapêutico.

Assim, o aparecimento de feridas no cliente com afecções oncológicas, ou a inadequação do manejo delas, caracteriza-se em prolongamento de seu tratamento, com ameaça de perda parcial ou total da capacidade funcional do cliente, impactando negativamente nas dimensões emocional e social do mesmo e de seus familiares.

Faz-se relevante enfatizar que a doença oncológica impõe ao seu portador desordens de caráter químico muito peculiares, que modificam a complexa ocorrência da cascata de eventos que promove o reparo tissular (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2002). Então, consciente de tal alteração, é fundamental que o enfermeiro tenha, por exemplo, um olhar diferenciado para a problemática da lesão de pele nesse tipo de cliente. Para isso, é necessário agregar vários tipos de saberes, articulá-los e dimensioná-los adequadamente nas ações, de forma a viabilizar e/ou assegurar a continuidade do plano terapêutico.

Ressalto ainda não só a importância fundamental do conhecimento das bases biológicas que norteiam a avaliação e implementação de um plano de cuidados para o tratamento de feridas em clientes com afecções oncológicas como também a atenção para os aspectos psicossociais que envolvem a problemática de saúde desse cliente. Além disso, enfatiza-se a importância de saber utilizar o conhecimento próprio da profissão de enfermagem: bases

teóricas do cuidado, princípios científicos que norteiam o cuidar/ cuidado, o método científico, a sistematização da assistência de enfermagem, entre outros.

Entendo que alcançar resultados efetivos no tratamento desse tipo de cliente implica a participação eficaz de toda equipe multidisciplinar envolvida. A enfermagem, neste contexto, desempenha diversas atividades, dentre elas os cuidados específicos às lesões de pele. Assim, decidir a melhor terapêutica de enfermagem não pode ser fruto de um raciocínio do tipo “ensaio-erro”, no qual a abordagem se restringe a uma sucessão de tentativas até que uma que funcione seja encontrada. Conforme afirmam Lee, Chan e Phillips (2006, p. 58), “o processo de tomada de decisão na enfermagem adquire contornos intelectuais que instrumentalizam a construção do raciocínio clínico e julgamento clínico, de forma a envolver um número de etapas e certos tipos de habilidades cognitivas”.

Observo que a estratégia de construção do raciocínio lógico baseado na evidência é a mais segura e a mais fidedigna para a resolução dos problemas de um cliente com afecção oncológica acometido por feridas. Para tal, deve-se, num primeiro momento, identificar estratégias que nos ajudam a entender como nosso cérebro trabalha e, posteriormente, potencializá-lo de modo a obter informações na memória de longo prazo ou “*long term memory*”. Ainda, infere-se que é importante desenvolver hábitos de investigação com metodologia científica, possibilitando um aumento de criatividade. (ALFARO-LEFEVRE, 1996).

Vale destacar que a memória de longo prazo é aquela capaz de reter informações por um tempo maior do que segundos ou minutos, arquivando-as em quantidade ilimitada e de especificidade das mais diversas. (CARNEVALI; THOMAS, 1993).

O plano de cuidados destinado ao cliente acometido por ferida é elaborado a partir da avaliação, o que exige inicialmente o conhecimento da fisiologia do reparo tissular. A cinética celular do reparo tissular normal envolve um equilíbrio entre os fatores estimulantes e fatores inibidores do crescimento celular. Em presença de uma injúria ou lesão, desencadeia-se uma estimulação na produção de polipeptídeos, que são os responsáveis pela proliferação e manutenção da viabilidade celular, ativação das células de resposta inflamatória e reparo tecidual. Estes polipeptídeos são chamados de fatores de crescimento - GF. Após a recomposição do tecido, é restabelecido o mecanismo de controle de crescimento celular.

Em presença de células tumorais, ocorre produção de substâncias denominadas antígenos tumorais, que induzem resposta imune específica celular e/ou humoral. Essa resposta imune antitumoral deflagra alterações intensas nas atividades celulares, em especial dos macrófagos e linfócitos T, como também gera um desequilíbrio na produção e inibição dos

fatores de crescimento (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000). Dessa forma, essas alterações, aliadas à expressão aumentada de mediadores químicos chamados modificadores da resposta biológica, como o fator de necrose tumoral e interleucinas, provocarão desordens que intensificam a resposta inflamatória à injúria sofrida. (MURAD; KATZ, 1996).

Essa cascata de eventos caracteriza-se como um dos principais aspectos da complexidade do reparo tissular em clientes portadores de doença oncológica. Além disso, morbidades paraneoplásicas como a trombose venosa, a caquexia neoplásica, a deficiência de fatores de coagulação, dentre outros, que também afetam diretamente o processo de reparo tecidual, poderão complicar ainda mais a operacionalização do plano terapêutico voltado ao problema oncológico de base e às respostas do cliente.

Conforme os indicadores parciais de produtividade de uma comissão de curativos de um estabelecimento especializado na assistência a clientes com afecções oncológicas, foram realizados 1133 atendimentos em clientes acometidos por feridas no ano de 2008. Esses números impactam, pois refletem o desempenho profissional do enfermeiro como avaliador, prescritor e executor dos cuidados relativos ao tratamento dessa afecção.

Penso que o fator avaliação é determinante para obtenção de resultados eficazes, já que o cliente com afecção oncológica, somente poderá ser tratado de forma efetiva se abordado holisticamente, contemplados seu estado clínico, seu histórico socioeconômico e a ferida propriamente dita. Segundo Dealey (2001, p. 49), “a capacidade de fazer uma avaliação acurada de uma ferida é uma aptidão importante na enfermagem e deve ser realizada em conjunto com uma avaliação do paciente”.

Como membro efetivo da Comissão de Curativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), pude constatar que as intervenções de enfermagem em cliente com afecção oncológica e acometido por feridas demandam domínio de peculiares habilidades técnico-científicas e motoras por parte dos profissionais que as executam. Essas habilidades podem ser desenvolvidas através de aquisição de conhecimentos de semiologia e de semiotécnica, além de saberes clínicos específicos. Assim, com o objetivo de buscar os conhecimentos compatíveis com a complexidade do cliente sob minha assistência, retornei à cidade de São Paulo, no ano de 2003, onde obtive o título de Especialista em Estomaterapia.

Cesaretti (2000, p. 7) afirma que o enfermeiro especialista

[...] é aquele preparado no nível de uma enfermagem generalista e autorizado a praticar como um especialista, com avançado domínio em um raro campo da enfermagem. A prática na especialidade inclui papéis de ensino, clínico, administrativo, de pesquisa e consultoria. A educação pós-básica para a prática especializada é um programa de estudo reconhecido

formalmente, construído com base na educação generalista para o enfermeiro, promove o conteúdo e a experiência para garantir competência na prática especializada.

Desde 1980, a estomaterapia é um curso de pós-graduação *lato sensu* da prática de enfermagem voltado para o cuidado de pessoas com feridas agudas e crônicas, estomias, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária. (SOBEST, 2006).

O cuidado específico dispensado a feridas remonta a tempos nos quais voluntários anônimos e ilustres como Friedrich Nietzsche apresentavam-se como cuidadores de soldados injuriados nas guerras, que, em sua maioria, portavam algum tipo de ferimento decorrente dos confrontos (NIETZSCHE, 2006). Observa-se, assim, uma valorização histórica relativa ao cuidado com lesões.

Os registros das práticas para a realização de curativos retroagem ao Egito antigo, onde, na cidade de Luxor, descobriram-se apontamentos, de aproximadamente 3000 anos, sobre o modo como se devia tratar de ferimentos. Hipócrates, por volta de 377 a.C, já assinalava procedimentos sobre curativos, como também o fizera o cirurgião hindu Sushruta no século seis a.C, que descreve catorze tipos diferentes de pensos, feitos de seda, linho, lã e algodão.

Passada a época do Império Romano, em que comumente eram aplicados óleo e vinho às feridas, no século 199 DC, Galeno descreve sua preocupação com feridas e as possibilidades de tratamento. Esse cirurgião defendia que a formação do pus era fundamental para a cura das lesões e que, portanto, devia ser estimulada sua presença no leito da lesão, consignando aquilo que veio a ser conhecido como teoria do pus louvável. (DEALEY, 2001).

Na Idade Média, conforme algumas referências, a Igreja Católica mantinha o poder absoluto sobre a vida na sociedade, ditando regras, prescrevendo comportamentos e valores em relação aos modos de viver e, nessa situação, inscrevem-se os conhecimentos e condutas relativas às questões de saúde-doença. Dessa forma, verifica-se que essa instituição religiosa, no que tange ao cuidado com feridas, ainda aceitava os conceitos de Galeno, em especial os sobre a teoria do pus louvável, o que configura um retardo das investigações sobre cuidados a pessoas com feridas estimado em pelo menos mil anos. (PADILHA, 1998; DEALEY, 2001).

No século XIX, surge uma figura de vanguarda, Florence Nightingale, que, dispensando cuidados a soldados na guerra da Criméia, estabeleceu as bases da enfermagem moderna, elevando significativamente a qualidade da assistência prestada nos cenários de saúde. Segundo Dealey (2001), Miss Nightingale, a partir da observação da evolução das feridas dos soldados e dos fatores que poderiam influenciar o processo de cicatrização, abriu a senda do raciocínio clínico. Registrando dados e comparando resultados, buscava respostas,

estabelecendo condutas apropriadas às situações que se apresentavam, o que demonstrava que sua conduta era embasada em uma metodologia. Assim, construiu-se, através da compilação, análise de dados e demonstração de resultados, um conhecimento de natureza distinta da do médico: o cuidado de enfermagem ao ser humano. (NIGHTINGALE, 1989).

A ocorrência de feridas graves que levavam os soldados à morte por gangrena, já na Primeira Guerra Mundial levou a uma aceleração nos estudos de produtos para curativos, com a intensificação do uso de antissépticos.

Após, durante a Segunda Guerra Mundial, o neurocirurgião estadunidense Eldridge Campbell estabeleceu, a partir de suas pesquisas e de observações das condutas de seus colegas italianos, as bases modernas do tratamento tópico de feridas. Ele preconizava que o tratamento de lesões deveria seguir três fases básicas: limpeza, desbridamento e sutura. Desde então, verificou-se uma verdadeira revolução nos princípios desse tratamento. No entanto, vale ressaltar que as afirmações e condutas de Florence Nightingale também foram respeitadas e mantidas até a atualidade. (DEALEY, 2001).

Esta preocupação com o tratamento de lesões de pele desencadeou muitas pesquisas e, como consequência, obtiveram-se avanços na execução do procedimento, das técnicas de assepsia e antisepsia, como também na variedade de coberturas para feridas, com requintadas propriedades regenerativas. Tais propriedades podem ser de apresentação diversificada, como pomada, gel, óleo, loção e outras, além de serem classificadas em primária ou secundária, conforme a ordem de aplicação. Assim, a primeira caracteriza-se, quando a cobertura entra em contato direto com o leito da lesão; enquanto a segunda se identifica, quando cobre a primeira com função de proteção mecânica, seletiva para entrada de microorganismos, retentora de umidade e isolamento térmico.

As coberturas podem, ainda, ser classificadas conforme indicação e mecanismos de ação: epitelizantes, granulativas, desbridantes, antissépticas. (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Para os autores, há ainda métodos terapêuticos como a Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB), que se propõe a ofertar oxigênio a 100% sob pressão atmosférica duas a três vezes superior que a do nível do mar. A OHB é indicada para tratamento coadjuvante em lesões agudas ou crônicas de natureza infecciosa, isquêmica, traumática ou inflamatória.

Todo esse avanço tecnológico relativo ao manejo de feridas desencadeou uma revolução na aquisição de competência teórica e prática por parte dos profissionais de enfermagem, no sentido de desenvolverem uma avaliação crítica apurada de tais métodos, articulando-os às características clínicas, sociais, psicológicas e econômicas do sujeito

acometido por ferida. Nessa perspectiva, verifica-se um grau de complexidade que implica uma abordagem baseada em evidências. (DEALEY, 2001).

A Medicina Baseada em Evidências é um movimento derivado da epidemiologia clínica, que trabalha com a organização das informações relevantes, buscando condutas em saúde com embasamento científico de boa qualidade. Essa corrente científica tem por principal objetivo uma melhor resposta do cliente através de ações seguras e custo adequado às circunstâncias. Ressalto que tal corrente científica não é privilégio da medicina, apesar da denominação, mas de todas as áreas de atenção à saúde. Nesse contexto está a enfermagem, área que também se utiliza desse método científico para realizar suas intervenções terapêuticas. (BORK, 2005).

Mc Closkey e Bulechek (2008, p. 16) referem que “intervenções de enfermagem são definidas como qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e conhecimento que a enfermagem realiza para melhorar os resultados do cliente”. Complementando, Carnevali e Thomas (1993, p. 2) inferem que julgamento clínico é “a apropriação de dados (respostas) individuais ou coletivos relativos a problemas em saúde que irão gerar um veredicto (diagnóstico), que servirá de base para a definição da terapêutica de enfermagem a ser implementada, cujos resultados são de responsabilidade do enfermeiro”.

Para que todo esse processo se efetive, é fundamental a adoção do pensamento crítico. O ato de pensar refere-se a qualquer atividade mental, que pode não ter objetivo. Pensar criticamente implica, necessariamente, o controle e o propósito mais apropriados para levar aos benefícios óbvios resultantes. (ALFARO-LEFEVRE, 1996).

O pensamento crítico envolve o ato de conjugar conhecimentos de forma intencionalmente focada, auto-regulatório, resultando tanto na interpretação, análise, avaliação e inferência, como na explicação de considerações de evidências conceituais e metodológicas (BORK, 2005). Essa conceituação é resultado de um consenso sobre definições de pensamento crítico reconhecido pela Associação Filosófica Americana em 1990, registrado num documento chamado Relatório Delphi.

Segundo o autor (2005, p. 98), o Relatório Delphi preconiza que

o pensador crítico é habitualmente bem informado, prudente ao fazer julgamentos, claro sobre implicações, ordenado em questões complexas, diligente em buscar informações relevantes, razoável na seleção de critérios, focalizado no questionamento e persistente em buscar resultados que sejam tão precisos como os assuntos e as circunstâncias que a investigação permite.

Nesse sentido, o pensador crítico é figura de competência fundamental para definição do julgamento clínico.

Para elaboração do pensamento crítico, ainda de acordo com o autor (2005, p. 96), há de se conjugarem sete habilidades cognitivas básicas: “capacidade de análise, aplicação de padrões, discernimento, busca de informações, raciocínio lógico, predição e transformação de conhecimento. Exigem-se também hábitos mentais como intuição, coerência intelectual, perspectiva de contexto e capacidade de reflexão, dentre outros”. Essas habilidades são capacidades do sujeito, e são utilizadas para a realização de um processo mental que, obedecendo a uma sucessão de etapas que se articulam, se denomina raciocínio clínico.

O raciocínio clínico é elaborado mentalmente de forma organizada no sentido de gerar um julgamento clínico e conferir, conforme assegura Brandão (1999), sustentabilidade às intervenções planejadas, permitindo o alcance de resultados seguros.

As habilidades cognitivas propiciam o exercício do pensamento crítico, que, aplicado ao desenvolvimento do raciocínio clínico para avaliação de feridas em cliente com afecções oncológicas, implica analisar o cliente como um todo. Desta forma, releva-se o tipo de doença oncológica e seu estadiamento, o diagnóstico diferencial da ferida, o discernimento sobre a intervenção possível, conforme a disponibilidade de recursos materiais e humanos, a capacidade de resposta e tolerância do cliente ao plano terapêutico global e tópico.

Todas essas informações são agregadas à utilização dos sentidos na aplicação de padrões de acordo com a experiência prévia do profissional e à investigação semiológica. Esse conjunto de saberes derivados das informações é então, submetido à aplicação das ações do raciocínio, inicialmente considerado como raciocínio lógico, porque interpõe todos esses fatos, para, finalmente transformá-los em conhecimentos (cognição), os quais vão gerar um julgamento clínico sobre o cliente e a ferida, a tomada de decisão e a consequente intervenção selecionada.

Sendo assim, o raciocínio lógico é o processo de avaliar, comparar e julgar os dados existentes em relação aos esperados, podendo ser do tipo indutivo e dedutivo, que era considerado o método primário de interpretar dados. Recentemente outras estratégias adicionais de pensamento, como a intuição, foram reconhecidas e aceitas como hábito da mente dos pensadores críticos que utilizam o raciocínio lógico na elaboração de diagnósticos. (LUNNEY, 2004).

A partir dessa breve contextualização envolvendo o objeto de estudo, apreendi que os enfermeiros com especialização em área oncológica necessitam desenvolver habilidades especiais que instrumentalizam o exercício do pensamento crítico, aliado ao domínio avançado de conhecimentos, no sentido de alcançar eficiência na elaboração do processo mental de raciocínio clínico. Tal processo é fundamental para o estabelecimento do

juízo clínico, o qual define o diagnóstico de enfermagem e gera ações no tratamento de feridas em clientes com afecções oncológicas.

Assim, esse processo mental implica a utilização de estratégias cognitivas elevadas³, com envolvimento de conhecimentos metacognitivos que fazem parte do mundo interno do pensador crítico. (LUNNEY, 2004).

Esses conhecimentos metacognitivos são definidos como uma forma avançada de domínio do próprio pensamento. Essa elaboração mental, conforme Brandão (1999), exige inter-relações entre informações anteriores e novas, o que é capaz de alterar os significados, e, por consequência, os resultados. Considera-se, porém, que essa elaboração não corresponde ao “método de resolver problemas”, o qual começa com um problema e acaba com uma solução.

A elaboração mental avançada referida é abrangente e pode ser acionada por gatilhos positivos, pois, nesse caso, o mais importante é o aperfeiçoamento no sentido de maximizar potencial e eficiência (ALFARO-LEFEVRE, 1996). Como exemplo, cito o objeto deste estudo: o raciocínio clínico elaborado pelos enfermeiros para cuidarem de feridas em clientes com afecções oncológicas.

Entendo que o aperfeiçoamento desse processo implica a adoção de estratégias cognitivas eficazes e a apresentação de orientações motivacionais. Por isso, o enfermeiro poderá mobilizar maior flexibilidade em sua elaboração mental e selecionará a correta hierarquização das estratégias a serem adotadas, dominando-as completamente. (LOPES DA SILVA; SÁ apud BRANDÃO, 1999).

Lima (2007, p. 159) assegura que “os processos cognitivos são atividades mentais como o pensamento, a imaginação, a lembrança e a solução de problemas”. Como ocorre em outras situações humanas, essas atividades são desempenhadas por indivíduos que têm níveis diferentes de habilidade em raciocínio lógico e em memória visual, o que pode afetar o desempenho na recuperação da informação. A cognição humana é essencialmente organizada como uma rede semântica, na qual os conceitos são ligados pelas associações. A organização conceitual que está diretamente relacionada à capacidade de aprender e supõe a assimilação de novas informações, sua estocagem e sua acomodação.

Esse processo cognitivo também privilegia o tempo do profissional, pois, quando promove ações assertivas é capaz de refletir estrategicamente, o que significa investir tempo sem as interrupções e pressões do dia a dia para produção de ideias e uso mais eficaz da

³ Estratégias cognitivas são ações ou um conjunto de ações mentais em planejamento para que se façam progressos no alcance da meta. (BRANDÃO, 1999).

capacidade de observação, análise e interação das equipes (MOTTA, 2001). Assim, é válido afirmar que a repercussão deste planejamento mental na tomada de decisão resulta em maiores possibilidades de efetividade do tratamento global do cliente com afecção oncológica, pois conforme o autor (2001, p. 121),

as competências evoluem e se desenvolvem com a experiência, mas nenhuma é definitiva: todas se tornam obsoletas, necessitando de atualização permanente. Nesse sentido, a competência principal de um profissional é permanecer competente.

O processo que envolve avaliar, diagnosticar e programar condutas efetivas⁴ nos clientes oncológicos e portadores de feridas pode ser otimizado na melhor relação custo-benefício, através da constante busca de conhecimentos atualizados e de sua adequação situacional. Esse aperfeiçoamento é o principal objetivo do pensador crítico, capaz de elaborar um raciocínio clínico altamente eficiente.

- **Questões Norteadoras**

A partir dessas reflexões iniciais sobre o objeto de estudo, selecionei as seguintes questões norteadoras:

- Quais são as estratégias cognitivas que os enfermeiros com especialização em área oncológica consideram⁵ utilizar para o estabelecimento de um julgamento clínico na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas?
- As estratégias cognitivas que os enfermeiros consideram utilizar quando avaliam feridas em clientes acometidos por afecções oncológicas, caracteriza a elaboração mental para construção de que tipo de raciocínio clínico?

⁴ Efetividade refere-se ao impacto da decisão sobre a demanda e se a ação corresponde adequadamente à necessidade dos usuários, serviço ou comunidade. (MOTTA, 2001).

⁵ As elaborações mentais avançadas praticadas por peritos (experts) relevam a utilização da metacognição, que é a atividade de pensar sobre o próprio pensamento. (LUNNEY, 2004).

- Objetivos

Os objetivos traçados para o estudo foram:

- Identificar as estratégias cognitivas que os enfermeiros com especialização em área oncológica consideram adotar para o estabelecimento de um julgamento clínico na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas;
- Caracterizar as etapas de elaboração mental para construção do raciocínio clínico que os enfermeiros efetuam quando da avaliação de feridas em cliente acometido por afecções oncológicas.

- Contribuições e Relevância

A relevância deste estudo situa-se no fato de agregar conhecimento para a construção de uma prática de enfermagem de qualidade, que busca resultados eficazes na cura ou reabilitação da clientela acometida por afecções oncológicas. Dessa forma, reafirmo que este estudo pretende contribuir para a eficiência na assistência direta oferecida à clientela acometida por doença oncológica, através do melhor desempenho dos componentes da equipe multidisciplinar, pois, segundo Motta (2001, p. 95), “eficiência significa a execução de uma ação de forma mais competente e segundo a melhor maneira custo-benefício”.

Foram realizadas buscas em bibliotecas virtuais para construção do referencial teórico nos sites da Base de Dados em Enfermagem (BDEnf), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) através do cruzamento dos seguintes descritores: raciocínio clínico, julgamento clínico, enfermagem oncológica, feridas, tendo como recorte temporal de 2000 a 2008, nos idiomas português, inglês e espanhol. Após esse levantamento, verifiquei a escassa produção científica voltada para a construção do raciocínio clínico em oncologia, mais especificamente, no cuidado de enfermagem aos clientes acometidos por feridas. Informo que foram encontradas diversas obras que contemplam esses descritores de forma isolada, no entanto, quando se buscou o enfoque do raciocínio clínico aplicado nos cuidados a clientes com afecções oncológicas acometidos por feridas, constatei a inexistência de produções científicas relacionadas à temática.

Diante desta escassez de produções científicas abordando a temática central deste estudo – raciocínio clínico –, aponto que ele poderá contribuir para minimizar o vácuo de conhecimento em torno da temática. Além disso, poderá despertar o interesse de outros pesquisadores em torno do tema, favorecendo o surgimento de outros objetos de estudo, de forma a fortalecer e solidificar a construção do conhecimento de enfermagem relativo ao assunto em tela.

Este estudo também contribuirá com a Linha de Pesquisa da Pós-graduação – Mestrado, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro denominada “Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem”. Nesse contexto, este estudo pretende proporcionar o reconhecimento da importância da monitoração cognitiva. Esta auto-regulação da aprendizagem é capaz de melhorar a eficiência do aprendiz, cujo elemento chave é a metacognição. Desenvolver a metacognição remete o sujeito ao reconhecimento do que sabe e do que não sabe sobre o assunto (BRANDÃO, 1999). Ele se propõe a construir conhecimento que favorecerá o processo de formação de profissionais com competência para cuidar de indivíduos, família, grupos específicos no contexto intra-institucional, estando também em consonância com a ementa do Programa de Pós-Graduação - Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro denominada “O cuidar em saúde e enfermagem”.

Poderá, ainda, contribuir para o ensino de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, no sentido de ajudar a pensar conteúdos mínimos relevantes com base na aprendizagem estratégica, na qual são considerados aspectos motivacionais e cognitivos do pensar. Este estudo também busca reunir elementos que venham a compor sólidos alicerces para a realização de uma obra de caráter consultivo com finalidades práticas e pedagógicas aos profissionais da área de saúde, em especial, da Enfermagem e a especialização em área oncológica.

A Estomaterapia é uma especialização exclusiva da enfermagem e seu surgimento oficial aconteceu nos Estados Unidos da América na década de sessenta, cuja regulamentação no Brasil deu-se pela Resolução COFEN 290, no ano de 2004. O enfermeiro especialista em estomaterapia coloca-se no cenário da área de saúde, além de principal multiplicador do binômio ensino-aprendizagem, como perito no cuidado de lesões de pele, estomas, incontinências urinária e fecal, preocupando-se também com o cuidado aos clientes acometidos por fístulas, drenos e cateteres.

Por ser uma especialidade recente, este estudo também poderá contribuir para socializar sua existência como campo de atuação da enfermagem, bem como auxiliar na

construção de conhecimento ligado à área, despertando interesse e incentivando novas pesquisas.

Reafirmando a importância do presente estudo, destaco Taylor apud Corrêa (2003, p. 2): “deve ser dada atenção especial ao ensino do processo de realização do raciocínio clínico, o que remete à necessidade de mais estudos que explorem esses processos para o avanço da enfermagem”.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 A complexidade do cuidado de enfermagem do cliente acometido por feridas

No início do século vinte, Sir Alexander Fleming declarou numa conferência na Sociedade Cirúrgica da Inglaterra, em 1919, que seria impossível que quaisquer antissépticos usados comumente poderiam ter um efeito favorável na esterilização de uma ferida, e que o maior benefício seria obtido através da adição de agentes fisiológicos que permitissem a recuperação natural da ferida. Este proferimento acarretou grande mudança teórica no manejo de feridas.

A partir de então, seguiram-se três décadas nas quais esse bacteriologista escocês, pensador crítico por excelência, investiu em pesquisas que constaram efeitos perniciosos da aplicação de antissépticos no tratamento de feridas. Assim, ele propiciou a adição de conhecimentos que vêm possibilitando a construção de competências no tratamento de feridas em diversos cenários e níveis de atenção para a saúde.

Conforme define Rodeheaver (1989, p. 20), “a ferida já é em si mesma um insulto traumático à integridade do corpo, e qualquer trauma adicional inflingido durante as tentativas de cuidar irá apenas retardar o processo reparador”. A partir dessa consideração, apreende-se que o cuidado de enfermagem ao cliente portador de ferida deve ter um caráter holístico, com atenção às habilidades técnicas, além dos aspectos legais e éticos que fundamentam o exercício da profissão. No entanto, há de se considerar a questão do trabalho multidisciplinar, sem o qual não seria possível assegurar qualidade de vida ao cliente acometido por ferida, seja no contexto individual ou coletivo, hospitalar ou em domicílio, nos níveis de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Desta forma, é relevante considerar a afirmação de Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p. 15): “qualquer ação humana que tenha algum reflexo sobre as pessoas e seu ambiente deve implicar o reconhecimento de valores”. Considera-se, então, a importância das várias matrizes epistemológicas que integram o conjunto de fatores que irá promover efetividade no tratamento de clientes acometidos por feridas como: a biologia, a sociologia, a antropologia, bem como os aspectos históricos, legais e éticos.

Nesta perspectiva, destaca-se a responsabilidade ética e legal do enfermeiro e as diretrizes básicas para o exercício da profissão, tendo como foco o cuidado a clientes

acometidos por feridas. Cita-se a Decisão COREN-RJ nº 1372/2002, que dispõe sobre a adoção de protocolos de referência mínima para prevenção, avaliação e tratamento de feridas por enfermeiro no Estado do Rio de Janeiro. Além dessa, pode-se aludir à Lei Federal 7498/86, a qual dispõe sobre o exercício de enfermagem. Também se faz referência à Resolução COFEN 240/2000, relativa ao Código de Ética dos profissionais de enfermagem e a Resolução COFEN 159/93, que organiza as atividades na consulta de enfermagem.

No ano de 2008, começou a construção da diretriz brasileira para assistência de enfermagem preventiva e terapêutica à pessoa com ferida, através de contribuições coletivas de enfermeiros generalistas e especialistas de todo o território nacional, com assessoria da Câmara Técnica Assistencial do Conselho Federal de Enfermagem (CTA-COFEN). A possibilidade de serem criadas diretrizes para a assistência ao cliente acometido por ferida representa um avanço na qualidade do cuidado prestado, podendo caracterizar-se em um marco para os profissionais que cuidam de lesão de pele, além de resultar em impacto positivo para toda rede de atenção à saúde. Este trabalho ainda não foi concluído e encontra-se em andamento através de reuniões dos seus vários elaboradores.

Dealey (2001, p. 193) assegura que “faz sentido uma organização utilizar diretrizes desenvolvidas no âmbito nacional, quando possível, e então adaptá-las para uso local, incluindo detalhes operacionais e talvez também políticos e protocolos”.

Essa preocupação legal remete à Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST), vinculada à Academia Brasileira de Especialistas em Enfermagem (ABESE), a qual tem como um de seus objetivos a promoção de respaldo legal e científico aos profissionais de enfermagem que cuidam de pessoas acometidas por lesões cutâneas e também nas situações de prevenção de tais acometimentos.

Igualmente relevante para a qualidade da assistência à pessoa com ferida é a Resolução COFEN 272/02, atualizada recentemente pela Resolução COFEN 358/09, que cria a obrigatoriedade da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras. (COFEN, 2007).

Este método de planejamento e prestação de cuidados possibilita que o enfermeiro seja protagonista das ações que compõem o processo de enfermagem: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação/ execução e avaliação dos resultados.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) também favorece a consolidação do papel fundamental do enfermeiro em atuações competentes, envolvendo raciocínio clínico para a tomada de decisões com base em evidências e o alcance dos melhores resultados.

Conforme assegura o manual da Câmara Técnica de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CTSAE), (COFEN, 2007, p. 10), “a implantação efetiva deste método inclui a adoção de uma metodologia do planejamento do serviço de enfermagem, que remete ao conhecimento da administração dos serviços de enfermagem, elaboração de um regimento de enfermagem, adoção de um manual de procedimentos e orientações teóricas”.

Tannure e Gonçalves (2008, p. 03) destacam que “o primeiro passo para implementação da SAE é a reflexão e a seleção criteriosas de uma teoria de enfermagem que irá direcionar as demais etapas da sistematização da assistência”. Essas mesmas autoras (p. 02) asseveram ainda que “a aplicação do processo de enfermagem promove uma melhor qualidade dos cuidados prestados, humaniza o atendimento, define o papel do enfermeiro, confere autonomia à profissão, direciona a equipe de enfermagem e facilita a mensuração dos custos hospitalares”.

É relevante destacar que a SAE estabelece claramente a diferença entre o diagnóstico médico, realizado na busca da solução para a patologia em si, e o diagnóstico de enfermagem, centrado na busca de soluções para as diversas manifestações (respostas) do cliente no decurso do processo saúde-doença. Tal fato implica o desenvolvimento de conceitos próprios do domínio da enfermagem para que seja criado um sistema hierárquico de classificação e organização do conhecimento na área. Assim, exige estudo para criação de um banco de dados/documentação, o qual contribui para a pesquisa científica. (TANNURE; GONÇALVES, 2008).

O conjunto de determinações da SAE inclui como instrumento de exequibilidade uma linguagem padronizada que descreve os importantes julgamentos realizados pelos enfermeiros ao proverem cuidados a indivíduos e comunidades. Esses julgamentos configuram-se como a base para a seleção de intervenções e resultados de enfermagem.

Dessa forma, foi criado, e se mantém em constante aprimoramento, um sistema de classificação da prática de enfermagem. Esse sistema, chamado estrutura TNNN, agrega a Taxonomia da prática de enfermagem, linguagem North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para os diagnósticos de enfermagem, Nursing Intervention Classification (NIC), (MC CLOSKEY; BULECHEK, 2008), para classificação das intervenções ou cuidados de enfermagem e Nursing Outcomes Classification (NOC), (JOHNSON; MOORHEAD, 2008), para classificação dos resultados alcançados. Considera-se que cada diagnóstico é classificado em um nível de evidência (NE). (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2007).

A elaboração diagnóstica apresenta-se como o pilar da assistência de enfermagem atual, seguidos os padrões da prática definidos pela American Nurses Association (1973) e ratificados pela Declaração da Política Social (1980), os quais definiram a Enfermagem como sendo a profissão que se destina a efetuar “o diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde, reais ou potenciais” (CARPENITO-MOYET, 2005, p. 22). Ressalta-se que, para realizar o diagnóstico de enfermagem, é preciso a construção de um raciocínio clínico para que seja definido o julgamento clínico e, assim, efetuar-se o referido diagnóstico.

Logo, entende-se que o sustentáculo da Assistência de Enfermagem Sistematizada (SAE) é a elaboração do raciocínio clínico. Este processo é executado através de uma sucessão de etapas mentais que envolvem a apropriação de dados coletados pelo enfermeiro, a geração de hipótese, a elaboração de um plano de atuação, que articulará a tomada de decisão e a implementação dos cuidados.

A fim de que este esquema se efetive, o enfermeiro deverá dispor de conhecimento conceitual (o que ele sabe e armazena na memória), implicando semântica e literatura; de conhecimento clínico, que envolve uma elaboração do saber teórico e do saber procedimental, o qual se traduz na operacionalização do conhecimento clínico (BRANDÃO, 1999). Este processo será mais bem detalhado no terceiro tópico.

O domínio desses diferentes conhecimentos que o enfermeiro deve se apropriar para elaborar o julgamento clínico deve ser construído de forma dinâmica e contínua ao longo da trajetória profissional. Benner (2001, p. 43), utilizando-se do modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem, infere que “a edificação e articulação do conhecimento, devem partir de estruturas iniciais do saber do enfermeiro e de suas experiências para que, em seguida, se busque a organização de estruturas mais avançadas, no sentido de obter, acessar e utilizar novos conhecimentos”. Tal modelo assume que, na aquisição e desenvolvimento de uma competência, o indivíduo atravessa cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. (BENNER, 2001).

Inicialmente, o enfermeiro mobiliza conhecimentos de forma pouco sutil, sem contextualização e objetividade. Conforme avança nas etapas de aquisição de habilidades, salienta-se que o enfermeiro incorpora valores como flexibilidade, velocidade, contextualização e reconhecimento de padrões. Nesse momento, segundo Benner (2001, p. 56), adquire a capacidade perceptual de reconhecer relações sem especificação prévia dos componentes da situação, ou seja, o enfermeiro é capaz de reconhecer o padrão de resposta do cliente e melhor apreende conhecimentos de forma indutiva, passando, então, a ser considerado profissional proficiente.

Entretanto somente quando incorpora estratégias cognitivas especiais além do binômio hipotético-dedutivo, é considerado especialista ou perito (expert-performer). Agora, o enfermeiro concentra-se nos problemas e soluções utilizando a compreensão intuitiva, sem se perder em alternativas estéreis (BENNER, 2001). O profissional agrega valores adquiridos com a experiência.

Para complementar sua análise, Benner (2001 p. 37) cita a definição de Heidegger para experiência: “É o melhoramento das ideias pré-concebidas que não são confirmadas pela situação atual. A condição prévia para a percepção de uma situação é um conhecimento prévio ou a existência de um comportamento tipo, que se refina ou é reelaborado, sendo chamado então de experiência”.

Da mesma forma, Guimarães (2005, p. 319) ressalta que a intuição é valor abordado na maior parte dos estudos aplicados à clínica pelos autores situados no campo da enfermagem e afirma que:

A intuição não é um sexto sentido mágico, mas um tipo de raciocínio sofisticado, baseado na organização de informações dentro de padrões, e que ultrapassa a separação dos passos analíticos. Essa habilidade de recolher informações desenvolve-se a partir da experiência.

Assim, entende-se que as ações de enfermagem são amplamente estudadas sob diversos aspectos, inclusive à luz de referenciais teóricos da linha da Psicologia Social, como o Interacionismo Simbólico, que define a ação como “a tomada de decisão pelo sujeito, após definir a situação, que por sua vez envolve interação consigo mesmo e com os outros”. (CORRÊA, 2003, p. 79).

A conjugação de todos esses aspectos do conhecimento é justificada por Carpenito-Moyet (2005, p. 21) que define o foco de atenção da assistência de enfermagem:

Os indivíduos são sistemas abertos interagindo continuamente com o ambiente, criando padrões individuais de interação. Esses padrões são dinâmicos e também interagem com os processos vitais (fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que influenciam o comportamento e a saúde do indivíduo. A saúde é um estado dinâmico, em mudança constante, influenciado pelos padrões de interação passados e presentes. É o estado de bem-estar descrito pelo cliente; não é mais definida segundo presença ou não de uma doença biológica.

Consideradas as ações de enfermagem no objetivo de trabalhar as respostas situacionais da vida do indivíduo, a autora entende as responsabilidades do enfermeiro em relação à resolutividade dos problemas sob a ótica específica (diagnósticos de enfermagem) e sob a ótica colaborativa, ou seja, problemas de resolução com interação multidisciplinar.

Esse Modelo Bifocal da Prática Clínica proposto por Carpenito-Moyet adequa-se ao planejamento de cuidados para o cliente acometido por feridas, com utilização do

conhecimento especializado devido à complexidade que permeia as ações de enfermagem nesse tipo de assistência.

Toda a abordagem em relação ao cuidado ao cliente acometido de feridas deve estar também sustentada em pilares éticos e bioéticos. Conforme Diniz e Guilhem (2002 p. 67),

a bioética preocupa-se com todas as situações de vida de seres que estejam em meio a diferentes escolhas morais quanto a padrões de bem-viver, cuja essência está na difusão do ensino da tolerância no campo dos conflitos morais relacionados à saúde e à doença.

Da mesma forma, referem Gordon et al. apud Corrêa (2003, p. 48) que “considerando os aspectos diagnóstico-terapêuticos do julgamento clínico em enfermagem, as tomadas de decisão raramente ocorrem sem referência a valores, sendo a ética parte integrante de cada componente do processo de enfermagem”.

Assim, respeitados seus princípios, podemos assegurar que o aspecto bioético mais relevante no tratamento de feridas refere-se à autonomia do cliente assistido. Consoante Alfaro-Lefevre (1996, p. 75), “como enfermeiros, devemos estar cientes das dimensões morais e éticas de nosso pensamento, procurando ajudar as pessoas dentro do contexto de seus sistemas de valores, que podem ser diferentes do nosso”.

Neste contexto, a autonomia traduz a oportunidade de o cliente fazer escolhas acerca das ações a serem implementadas, aludindo ao respeito à sua individualidade e particularidade. Tais escolhas poderão ser realizadas a partir da oferta do maior número possível de informações por parte do sujeito do cuidado e através do consentimento informado. (GALLAGHER, 2003).

Desta forma, é legítimo afirmar que o enfermeiro mobiliza todos os saberes anteriormente mencionados, no sentido de conduzir o raciocínio clínico para programar ações baseadas no julgamento clínico e alcançar resultados nos cuidados ao cliente com afecção oncológica e acometido por feridas

Assim, contemplados os aspectos técnicos, éticos e legais, apresenta-se o enfermeiro como principal responsável pelo cuidado ao ser humano fragilizado, com dores, odores e secreções, muitas vezes, com a auto-estima gravemente afetada, ou seja, a pessoa com ferida.

O cliente acometido por lesão de pele tem suas energias mobilizadas para um evento que pode durar dias, anos ou até uma vida inteira, até que se processe totalmente o reparo tissular, conforme a persistência e/ou intensidade dos estímulos desencadeantes da lesão. (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

O enfermeiro, diante desse cliente, precisa mobilizar o conhecimento avançado, raciocinando clinicamente a fim de fazer um julgamento clínico preciso, planejando ações que

busquem o bem-estar e a qualidade de vida. Este conhecimento provém do saber científico que permeia a prática de enfermagem e dos princípios científicos que se articulam com as disciplinas das áreas biomédicas. Estas disciplinas possibilitam entender os eventos bioquímicos e fisiopatológicos que envolvem o processo de reparo tecidual da ferida. Estes eventos serão abordados nos parágrafos subsequentes.

Os tecidos e órgãos do corpo podem sofrer agressões de vários tipos, provocando-se, assim, o desenvolvimento de mecanismos específicos de respostas a níveis intracelulares e extracelulares. Algumas vezes, as células resistem a agentes agressores através de reações adaptativas com o objetivo de manter a viabilidade delas e, por conseguinte, dos tecidos e órgãos por elas formados como a hiperplasia, hipertrofia e metaplasia. Outras vezes, acontecem lesões irreversíveis nas células, determinando o surgimento de uma resposta proliferativa do organismo através da multiplicação celular que objetiva restaurar a morfologia e as características funcionais dos tecidos e órgãos. (SIQUEIRA JUNIOR; DANTAS, 2000).

A perda tecidual é o evento desencadeante do processo regenerativo e pode ser causada por soluções de continuidade de origem traumática, isquêmica, por pressão ou intenção. A graduação da perda é denominada espessura, podendo ser caracterizada como superficial, parcial ou total, conforme afetados os planos teciduais em ordem: epiderme, derme e subcutâneo.

As bases biológicas do reparo tecidual são consideradas um complexo processo sistêmico multifásico e progressivo que exige do organismo a ativação, produção e inibição de grande número de componentes moleculares e celulares. Estes têm uma sequência ordenada e contínua, promovendo toda a cascata de regeneração e cicatrização. O referido processo de reparação tissular não é linear e envolve a interação de mediadores solúveis, os quais ativarão os fatores de crescimento, a proliferação e a migração celulares para a formação de elementos sanguíneos, matrizes extracelulares e células parenquimatosas. (JORGE; DANTAS, 2003).

O reparo tecidual pode acontecer por três diferentes mecanismos. O primeiro denomina-se primeira intenção, o qual geralmente ocorre em feridas com espessura superficial, sem evento infeccioso e com cicatriz mínima. O segundo mecanismo de reparação chama-se segunda intenção e ocorre em feridas de espessura parcial, com envolvimento ou não de estruturas anexas, geralmente em tempo prolongado. Este tipo de reparação tem suscetibilidade a eventos infecciosos e sequelas funcionais e cicatriciais (quelóide e hipertrofia fibrótica de margens). O último tipo de reparo tissular caracteriza-se como de

terceira intenção. Ele acontece quando o prolongamento do processo reparador é previsto (devido a fatores endógenos) ou intencional (deiscência provocada para drenagem) e posteriormente suturado ou reabordado para a segunda intenção. (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Desta forma, são reconhecidos diversos fatores potenciais que influenciarão na resposta do organismo para regeneração da ferida. Em especial, citamos os fatores extrínsecos mais comuns, como a exposição a agentes físicos, exemplificado pela radiação ionizante e condições extremas de temperatura, esta última a exemplo da adversidade climática atual. Há ainda o contato direto com agentes químicos e drogas que fazem parte dos hábitos de vida de inúmeros indivíduos, como o etilismo, tabagismo, narcóticos, esteróides.

Na mesma proporção desencadeante de desordens, citamos ainda os fatores intrínsecos como as inadequações de *status* nutricional e hidreletrolítico, extremos de faixa etária, as reações imunológicas descompensadas, a exposição a agentes infecciosos e as disfunções genéticas como a epidermólise bolhosa e anemia falciforme.

Por fim, as doenças crônicas de base mais comuns, como as neoplasias malignas e diabetes mellitus, que atuarão como fatores de risco para o desenvolvimento de abalos emocionais, dor de difícil manejo, mobilidade e capacidade funcional prejudicadas e o eventual prejuízo na capacidade de continências anal e urinária. (JORGE; DANTAS, 2003; SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

Estas condições de resposta podem manifestar-se em qualquer das três fases distintas do reparo tissular, apresentadas, aqui, didaticamente: a primeira fase, inflamatória; a segunda fase, proliferativa ou granulativa; e a última fase, de remodelação. Cada uma dessas fases apresenta aspectos muito singulares que as identificam pela observação acurada da lesão em si e do cliente como um todo. Isso acontece porque, para cada uma dessas fases, haverá mobilização de diferentes agentes orgânicos de suporte para a superação sequencial até a completa regeneração.

O reparo tecidual inicia-se com a hemostasia, seguida por uma resposta inflamatória aguda que ocorre com ou sem a presença de microorganismos patogênicos no sítio da lesão. Esta primeira fase é de fundamental importância, pois se refere à capacidade do organismo de se precaver contra a infecção no sítio da lesão.

Essa dinâmica ocorre a partir da destruição da matriz extracelular (MEC), evento que libera fatores de crescimento e quimiotáticos ligados a esta matriz. Estes fatores atraem, além das células de defesa como macrófagos, linfócitos, mastócitos e neutrófilos, células indiferenciadas, que têm a função de responder a sinais específicos, iniciando assim as

divisões celulares e os fibroblastos, que sintetizam e secretam toda a matriz extracelular. É também nesta primeira fase que ocorre a remoção de tecido necrótico no leito da ferida, restos celulares e formação de uma base provisória de reestruturação, que é a malha de fibrina-fibronectina, já em resposta para repopulação da lesão. (SIQUEIRA JÚNIOR; DANTAS, 2000).

A segunda fase acontece após a sequência de fenômenos sumariamente descritos e se sobrepõe à primeira, com a ocorrência da angiogênese ou neoformação vascular, com a formação de tecido de granulação e preenchimento do espaço morto no leito da lesão. Neste momento, o fenômeno preponderante é o de controle de crescimento celular, que acontece através do equilíbrio da secreção de mediadores regulatórios (ciclina e checkpoints). É nesta fase que as trocas gasosas e nutricionais são definitivas para que se sobreponha à fase seguinte. (SIQUEIRA JUNIOR; DANTAS, 2000).

A fase seguinte e última refere-se à remodelação do tecido neoformado e mobiliza principalmente dois grupos de proteínas estruturais fibrosas, localizadas dentro da matriz extracelular (o sistema colágeno e o sistema elástico) e proteínas não fibrosas (principalmente o ácido hialurônico).

A análise de cada fase e do evento como um todo propicia uma lógica de organização da assistência de enfermagem frente à necessidade do reparo tecidual. Desta forma, oito pontos importantes devem ser considerados para o alcance do resultado: limpeza da ferida, remoção de tecido inviável, monitoramento de exsudato, eliminação de espaço morto, controle do odor, prevenção de infecção, isolamento térmico e cuidado com as margens e pele periferada.

O cuidado tópico atualmente refere mais de quatro mil itens no mercado, desde a mais simples cobertura, soluções de higienização, até os mais complexos recursos como a cultura de tecidos (queratinócitos), engenharia de tecidos (cultura de fibroblastos humanos), fatores de crescimento e outras com propriedades chamadas “inteligentes”⁶ (SIBBALD et al., 2003).

O critério de seleção do cuidado tópico a ser adotado envolve considerações de várias origens, em especial a observação da validade legal do produto, sua adequação à fase vigente da ferida, capacidade de resposta do cliente e disponibilidade da cobertura ideal.

As coberturas apresentam propriedades básicas: absorção, limpeza através de remoção de tecido desvitalizado e oferta de meio úmido. As propriedades adicionais são, em muitos

⁶ Curativos com propriedades inteligentes são definidos pela Food and Drug Administration (FDA) como coberturas que prometem desencadear efeitos terapêuticos antagônicos às desordens identificadas na ocorrência da injúria, através de interações químicas desencadeadas pelo próprio produto aplicado na interface da lesão.

casos, consideradas fundamentais, como aplicações e retiradas atraumáticas da cobertura (ressecções alargadas, crianças, lesões friáveis), controle do odor (lesões tumorais), conforto (feridas localizadas em regiões de suporte ou de pressão) e controle bacteriano local (lesões infectadas drenantes).

Outra seleção importante a ser realizada na tomada de decisão é o tipo de técnica procedimental para renovação de cobertura, ou seja, se há demanda de aparato estéril ou limpo. A utilização de técnica estéril implica uso de material estéril e campo com o menor número de microorganismos. A técnica limpa envolve o emprego de métodos e material que não proporcionam proliferação de microorganismos no sítio da lesão (LAWSON; LYNN; RATLIFF, 2003). Apesar de muitos estudos e debates de cunho comparativo entre a eficiência dessas duas técnicas, ainda não existe um consenso de opinião.

O principal objetivo, quando são implementadas ações de enfermagem para o cliente portador de feridas, é tentar gerenciar o processo de reparo tissular, que é fisiológico. Este “gerenciamento” visa a otimizar o momento da vida do cliente, buscando diminuir o tempo desde a injúria até a regeneração e o custo que o suporta. O custo da utilização não-racionalizada das coberturas, o uso de recursos de proteção individual para realização dos procedimentos e o descarte de todo material utilizado envolve não somente o âmbito econômico imediato, mas o ônus tardio de um tratamento não comprometido com o resultado efetivo, com a integridade do sujeito do cuidado e com o meio-ambiente. Este fato remete, mais uma vez, à importância da competência do enfermeiro no cuidado ao cliente acometido por ferida.

Assim, a perícia na avaliação e a tomada de decisão demandam do enfermeiro conhecimentos semântico e clínico avançados, pois, além de trabalhar com dados do saber da área da biomédica, deverá também realizar o agrupamento de dados que inclui não somente os de etiologia clínica, mas os coletados por entrevista com o próprio cliente e familiares. De acordo com Benner (2001, p. 67), “a prática da abordagem interpretativa deve conferir significado às informações de forma analítica e contextualizada”, o que exige interação de cunho informativo entre o profissional-cliente-familiar. Assim, através dessas habilidades, poderá o enfermeiro elaborar mentalmente hipóteses, com aplicação de padrões que podem confirmá-las ou não.

Dessa forma, conforme as evidências identificadas, o enfermeiro já é capaz de elaborar um julgamento clínico sobre o cliente assistido e a ferida que o acomete. Nesse momento, ele é considerado competente para selecionar o melhor método tópico e planejar as ações de enfermagem pertinentes. Esse profissional pode imprimir velocidade e a necessária

flexibilidade na operacionalização de seu raciocínio clínico para avaliação, julgamento, intervenção e resultados, o que lhe confere a característica de proficiência, uma capacidade adquirida quando se alia conhecimento semântico e clínico ao conhecimento procedimental, apurando a sua percepção de situações em globalidade (BENNER, 2001). Esse estado de competência ideal para o sujeito do cuidado ao cliente acometido por ferida permite-lhe deliberar ações que visam a contemplar a efetividade:

Em muitos domínios dos cuidados de enfermagem, as enfermeiras tratam as feridas de seus doentes, e têm à sua disposição todo um leque de produtos [...]. É nesse domínio que se exige uma grande competência, e que a avaliação é crítica (BENNER, 2001, p. 154).

A sustentabilidade de suas intervenções e a qualidade dos resultados alcançados sugere eficácia das ações de enfermagem, pois não se concentram essas ações apenas na escolha das melhores coberturas disponíveis e respectivo avanço no processo reparador tópico (eficiência), mas nas respostas manifestadas durante o tratamento. Assim, a avaliação do cliente acometido por feridas é realizada de forma sistemática, relevada a qualidade dinâmica do processo reparador, as variações orgânicas impostas pela doença de base, possíveis iatrogenias e os fatores ligados às dimensões social, psicológica, espiritual, educacional e de expressão sexual do cliente.

A frequência de reavaliação e acompanhamento é determinada pelo enfermeiro após o julgamento clínico e elaboração do plano de cuidados individualizado. Este acompanhamento envolve a dinâmica das respostas do cliente às intervenções selecionadas. Para tal, deverão ser realizados registros descritivos, fotográficos e de mensuração do diâmetro da ferida.

Esta dinâmica acompanhada permite ao profissional observar as respostas do cliente, monitorar os resultados e, principalmente, manter o exercício de flexibilidade para possíveis mudanças de conduta mediante as diversificadas situações experienciadas pelo cliente no decorrer do tratamento. Tais mudanças podem ser expressas por novas características definidoras⁷, manifestas por sinais e sintomas observáveis ao avaliar a ferida sistematicamente.

Essas características remetem a uma nova elaboração mental para busca de atualização do julgamento. Conforme explica Gordon apud Brandão (1999, p. 32), “há três categorias de componentes estruturais responsáveis pelo diagnóstico: o problema, a etiologia e os sinais /sintomas”. Desta forma, o enfermeiro procederá à nova elaboração mental de forma a hierarquizar as etapas, ajustando-as a situação atual após cada reavaliação da ferida.

⁷ Características definidoras são pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar. (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2007).

1.2 O cliente com afecção oncológica e acometido por ferida

Consideradas as abordagens realizadas na seção teórica anterior, nesta seção será contextualizado o cliente acometido por feridas com doença de base neoplásica.

O diagnóstico diferencial que sugere alterações no processo de reparo tissular de um cliente com afecção oncológica e acometido por ferida reside nas alterações surgidas da fisiopatologia da doença, de suas complicações paraneoplásicas e/ou de adversidades infringidas pelo plano terapêutico para cura ou controle da doença neoplásica. A identificação preditiva do fator ou fatores de alteração desse processo de reparo é de fundamental importância na condução do raciocínio clínico elaborado pelo enfermeiro sujeito do cuidado. Este fato modificará em definitivo o julgamento clínico da situação e, por conseguinte, implicará a efetividade dos resultados das ações de enfermagem a serem implementadas.

As neoplasias malignas se caracterizam por uma proliferação anormal e desordenada de células de um determinado tecido, que passam a agir de forma autônoma e anárquica, sem controle do hospedeiro, também chamado processo polimitótico. (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000).

Inicialmente, essas células geneticamente alteradas e instáveis (estado de iniciação) estão restritas a uma única unidade e possuem característica de irreversibilidade, gerando fenotipicamente, num momento posterior, toda uma população celular em tempo de duplicação menor que o tempo de duplicação das células do tecido normal (estado de promoção). Assim, o percentual de células em mitose é muito maior que o número de células em apoptose ou morte celular. Nesse momento, o processo desordenado de reprodução celular é denominado progressão.

Nessa velocidade, a célula não adquire tempo hábil para diferenciar-se, denominando-se tal grau de anaplasia. O tumor, então, é caracterizado por um aglomerado de células anaplásicas com alto grau de invasividade e baixo grau de apoptose. Assim, conclui-se que o grau de diferenciação tumoral tem relação direta com o grau de invasividade e com o aparecimento de metástases⁸ à distância. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

O processo carcinogênico é atualmente reconhecido, em sua maioria, como deflagrado pelos estímulos ambientais, especialmente os de origem química (nitritos, asbestos,

⁸ Metástases são disseminações de células de implante tumoral que podem ser do tipo regional ou à distância, e se locomovem por via hematogênica ou linfática. (EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP, 2009).

medicamentos), física (radiação ionizante) e viral (HTLV-I, HPV, Epstein-Barr, Vírus para hepatite B e C). Há ainda os tipos histológicos de câncer frequentemente atrelados à hereditariedade e fatores de risco como hábitos alimentares, decorrente do tabagismo ativo ou passivo e do etilismo.

Esta diversidade para caracterização etiológica traduz a dificuldade para a realização do diagnóstico precoce, condução do tratamento e controle do processo patológico desencadeado. (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000).

As células tumorais têm a propriedade de elaborar substâncias capazes de induzir resposta imune específica celular⁹ e/ou humoral¹⁰ denominados antígenos tumorais. Estas substâncias são identificadas de forma histocompatível com o tecido tumoral em questão. Tal resposta imune traduz-se por um infiltrado inflamatório no sítio do tumor, sugerindo defesa antitumoral por parte do sistema imunológico de qualquer organismo competente. Os principais componentes envolvidos nesta resposta imune são os macrófagos, linfócitos T, células *natural killer* e granulócitos. Os principais mediadores secretados por essas células são duas citocinas denominadas Fator de Necrose Tumoral e Interleucina. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003; VINHÁES, 1997).

Estas reações são de grande intensidade e podem alterar todo o processo de reparo tecidual, especialmente na primeira fase, podendo adquirir características de complicações infecciosas locais e sistêmicas e em tempo prolongado. Porém, essas alterações não se restringem à primeira fase do reparo tissular, pois a resposta inflamatória também mobiliza a proteína fibronectina, responsável pela formação de microêmbolos que provocarão má perfusão tecidual (VINHÁES, 1997). Esse fato sugere a possibilidade de alterações também na segunda fase do processo de reparo tecidual.

A doença oncológica também tem complicações de várias etiologias que poderão alterar a qualidade, o tempo e o custo do processo de reparo tissular. As alterações mais comuns são: metabólicas como a hipercalcemia e a hiponatremia; síndromes paraneoplásicas como a caquexia, febre; distúrbios hematológicos com alterações das hemácias, plaquetas e leucócitos e distúrbios da hemostasia (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000). Estes eventos podem gerar desordens que irão alterar até mesmo a última fase do reparo tecidual, que é a remodelação.

⁹ Na resposta imune celular, o principal papel de defesa é desempenhado pelo linfócito T. (SIQUEIRA JÚNIOR; DANTAS, 2000).

¹⁰ Na resposta imune humoral, o principal papel de defesa é realizado por moléculas (imunoglobulinas).

É relevante compreender a importância desses eventos para garantir um raciocínio clínico adequado, quando se avalia o cliente com afecção oncológica acometido por feridas. Assim, nessa perspectiva, é possível reconhecer padrões de resposta inflamatória específicos do cliente em questão, bem como a predição de intensidade da resposta através do conhecimento da relação estadiamento da doença e *performance status* (PS)¹¹ do cliente.

Para estabelecer o estadiamento do câncer, utiliza-se o sistema TNM, que descreve a extensão anatômica da doença, tendo por base a avaliação de três componentes: a extensão do tumor primário (T); a ausência ou presença e extensão da metástase em linfonodos regionais (N); e a ausência ou presença de metástase à distância (M). Este sistema é validado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), sendo utilizado mundialmente desde 1953. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004).

A classificação da doença tem por base as evidências que surgem do exame físico, diagnóstico por imagem, endoscopia, exploração cirúrgica, biópsia e é confirmada microscopicamente e caracterizada como a evidência adicional histopatológica. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004).

Assim, considera-se que a relativização dos graus de diferenciação celular, a invasividade e o tamanho do tumor definem o estadiamento da doença, cuja determinação é o marco inicial para a elaboração do plano terapêutico do cliente com afecção oncológica.

Esse plano pode envolver alternativas que são utilizadas de forma dinâmica conforme as modalidades de resposta do cliente no curso do mesmo. Considera-se uma relação de reciprocidade importante entre a alternativa terapêutica global, as variações no PS do cliente no curso da doença e seu tratamento (tolerância) e, ainda, a capacidade de resposta do cliente com afecção oncológica.

O plano terapêutico oncológico inclui três modalidades principais: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, dentre outras como hormonioterapia e imunoterapia.

Depois do diagnóstico, o qual inclui o tipo histológico da doença e o estadiamento do tumor, o plano terapêutico poderá ser conduzido de forma a combinar sequencial ou concomitantemente as referidas modalidades terapêuticas ou executá-las de forma isolada (MURAD; KATZ, 1996). Caso a alternativa cirúrgica seja selecionada, principalmente no caso de tumores sólidos, a combinação de quimioterapia e radioterapia poderá ser também utilizada, de forma a preceder (neoadjuvância) ou suceder (adjuvância) a cirurgia oncológica.

¹¹ Este termo refere-se a uma escala desenvolvida pelo médico oncologista Karnofsky utilizada para classificar a capacidade funcional do cliente, e, por conseguinte, sua probabilidade de resposta terapêutica (EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP, 2009).

As cirurgias oncológicas são realizadas não só com o objetivo diagnóstico (biópsia), ou para estabelecimento de estadiamento, como também para fins curativos (ressecções tumorais locais ou metastáticas nodulares ou linfonodais). Há ainda as cirurgias de cunho paliativo, que objetivam amenizar a intensidade das respostas do cliente à doença oncológica classificada fora de possibilidades terapêuticas atuais.

Atualmente, todas essas modalidades de cirurgias oncológicas adquiriram intenção preservacionista, ou seja, o menos mutiladora possível ou já com vista à reconstrução. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

Ressalto que a utilização da radioterapia e/ou quimioterapia no bloco cirúrgico é fundamental para assegurar a ressecabilidade tumoral e prevenção de recidiva. Entretanto, ambas terapêuticas antineoplásicas têm seu sucesso avaliado pela razão entre os maiores índices de controle da doença e os menores efeitos colaterais agudos, subagudos ou crônicos.

Os efeitos colaterais estão diretamente relacionados aos tecidos de alta fração de crescimento como: mucosa, pelo e pele. Hoje, os grandes centros de oncologia dispõem de recursos de imagem e sistemas de planejamento computadorizados que permitem a utilização de irradiações de alta precisão com doses elevadas e proteção dos tecidos normais circunvizinhos como, por exemplo, a radiocirurgia e a radioterapia conformacional. (MURAD; KATZ, 1996).

O tratamento radioterápico é distribuído em doses para que os tecidos afetados pelos feixes de raios possam ser reoxigenados, acontecer regeneração das células lesadas e repopulação, ou seja, tempo hábil para multiplicação celular normal (MURAD; KATZ, 1996). O Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) estabeleceu a escala de graduação dos efeitos adversos da radiação ionizante para as mais diversas estruturas. No caso da pele, o *score* varia de zero a quatro, conforme o grau de radiotoxicidade aguda.

As lesões de pele causadas pela radiação ionizante são denominadas radiodermites. As radiodermites caracterizam-se pela seguinte classificação: nenhuma reação (0), um simples eritema com descamação seca e epilação (1), eritema com descamação úmida com edema (2), descamação úmida confluyente e edema evidenciado (3) e ulceração com necrose e destruição de estruturas anexas e nobres (4). No caso da radiotoxicidade tardia, a pele pode apresentar-se com espessura alterada, sendo considerados, neste momento, principalmente o fator idade e topografia do campo irradiado.

As repercussões do tratamento radioterápico no sistema tegumentar podem apresentar-se através de atrofia, mudança de pigmentação, epilação, telangiectasia, perda de capacidade

funcional parcial do tecido irradiado e até mesmo óbito pela ulceração agravada. (MURAD; KATZ, 1996).

Assim, compreende-se que o manejo dessas lesões é de execução complexa, de alto custo, extremamente doloroso e desconfortável para o cliente, pois demanda avaliação especializada, acompanhamento de frequência amiúde e até mesmo alterações na efetividade do tratamento radioterápico e no curso do tratamento global. (MAIN; HATCHER; MEEKS, 2004).

Isso significa que o tratamento de qualquer tipo de radiodermite na fase aguda envolve medidas de perícia avaliativa, conhecimento protocolar institucional, acompanhamento sistemático e interação com toda a equipe multidisciplinar, pois, conforme a evolução da lesão poderá ser julgada a descontinuidade do tratamento radioterápico até que seja regenerado o tecido. Essa interrupção é de critério extremado, já que envolve intrinsecamente todo o plano antineoplásico. O esquema radioterápico ideal é aquele que maximiza a cura e minimiza os efeitos colaterais, o que é conseguido com adequada programação técnica e cuidadoso suporte clínico em todas as etapas do tratamento. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

No caso da quimioterapia, assim como da radioterapia, as doses administradas também são ajustadas conforme a toxicidade apresentada e não na resposta antitumoral observada, tal o agravo dos efeitos tóxicos de ambas. Porém, neste caso, a principal toxicidade limitante não é a destruição da pele, mas a mielossupressão, além dos casos de mucosite grave, os quais podem conduzir o cliente à caquexia. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

A descompensação do sistema hematopoiético, a ocorrência de hiperemese, de desequilíbrio hidreletrolítico e de distúrbio calórico-proteico são co-fatores que irão dificultar o processo de reparo tissular deste cliente.

A toxicidade manifestada na pele por quimioterapia pode acontecer localmente, quando há extravasamento extravenoso da droga para os tecidos circunjacentes durante a infusão ou pode ocorrer de forma sistêmica. (BONASSA, 2000).

O extravasamento de quimioterápico é considerado evento acidental, cuja morbidade depende do tipo da droga e do volume extravasado. Os sinais e sintomas deste tipo de acidente podem ser percebidos imediata ou tardiamente. Em relação à morbidade do evento, podem variar de uma simples queimação até a necrose tissular severa, com comprometimento irreversível de nervos e tendões. Neste último caso, a droga que mais comumente provoca tal adversidade é a do tipo vesicante. (BONASSA, 2000).

O tratamento dessa situação remete ao cumprimento de diretrizes protocolares institucionais que visam a minimizar a potência dos efeitos de acordo com a gravidade destes.

Essas diretrizes incluem a administração de antídotos, desbridamento da lesão necrosada, reconstrução plástica com enxertia, prevenção do acidente através de treinamento constante da enfermagem e utilização de equipamentos que proporcionem segurança na administração da droga citostática e conforto do cliente na punção como, por exemplo, o uso de cateteres venosos centrais.

Os efeitos tóxicos sistêmicos na pele do cliente em uso de quimioterápico incluem hiperpigmentação nas dobras cutâneas e unhas, *rash* cutâneo, dermatite, eritema e alterações dermatológicas em áreas irradiadas (BONASSA, 2000). Em clientes já portadores de feridas, o efeito dos citostáticos pode provocar inibição da proliferação celular na segunda fase (granulativa) e redução da força tênsil da cicatriz na última fase (remodelação).

Entendo, portanto, que a premissa básica para o planejamento de cuidados com o cliente com afecções oncológicas é considerar o câncer uma doença crônica que propõe julgamentos clínicos sobre maior vulnerabilidade para o desenvolvimento potencial de problemas de saúde, ou seja, fator de risco (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2007). Assim, o câncer é um fator de risco para determinados tipos de feridas como, por exemplo, complicações em feridas operatórias ou um fator relacionado¹² a problemas de saúde atuais tais como, as feridas do tipo radiodermite, feridas por extravasamento de quimioterápico, lesões malignas.

Nessa perspectiva, considera-se que o raciocínio clínico em oncologia voltado para o reparo tecidual envolve abordagens específicas. Conforme asseguram Carnevali e Thomas (1993), há fatores que influenciarão o julgamento clínico e a tomada de decisão, os quais envolvem conhecer a fisiopatologia neoplásica, considerar as relações físico-químicas da terapêutica antineoplásica com o hospedeiro, identificar os padrões de resposta individual do hospedeiro relativo às morbidades paraneoplásicas para, assim, ter competência durante o cuidado do cliente.

Este tipo de raciocínio parte da observação difusa, a qual é menos estruturada e gerará dados que direcionarão o foco, até a observação focal, que é mais estruturada e originará achados mais específicos. A condução dessa sucessão de etapas prevê considerações gerais que adquirem contornos fundamentais em oncologia: ética em relação à preservação de valores do cliente; relevância da relação custo-benefício; prática da escuta ativa com o cliente, familiares e equipe multidisciplinar; atenção à semântica dos termos, sempre mantendo a

¹² O termo fator relacionado refere-se a fatores que parecem mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Tais fatores podem ser descritos como antecedentes a, associados com, relacionados a, contribuintes para, ou estimuladores. (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, 2007).

mente aberta e evitando julgamentos precoces ou falhos. Este último aspecto refere-se, em especial, à matriz de conhecimento da especialidade em questão, pois, segundo Carnevali e Thomas (1993, p. 145), “a influência da área de formação do conhecimento do diagnosticador afeta diretamente o desenvolvimento de sua competência procedimental e assertividade diagnóstica”.

Avaliar uma ferida em cliente com afecção oncológica demanda o cumprimento de todas as etapas do raciocínio clínico, a partir de suposição ao observar a lesão. Também implica uma análise hipotético-dedutiva que acontece de forma dinâmica, sendo a suposição inicial submetida à inferência a cada momento à medida que avança o raciocínio. A etapa seguinte é fundamental e deve ser cumprida com acurácia, pois se refere ao agrupamento de dados. Esses dados serão coletados em documentos/ prontuário, entrevista com o cliente e familiar, observação direta e por exame físico. Essas informações deverão permitir associações de forma flexível e ajustada no sentido de identificar padrões. Após a identificação de padrões, é gerada uma hipótese que, confirmada ou não pelas evidências, será transformada em julgamento clínico. (CARNEVALI; THOMAS, 1993).

As intervenções de enfermagem incluem medidas específicas, as quais dependem, em especial, da comunicação eficaz do enfermeiro. São ações que incluem atividades de educação em saúde para o cliente e familiares acerca do autocuidado: higiene, alimentação, proteção da ferida, cuidados com a pele, eliminações e auto-observação. Há ainda as intervenções de enfermagem de âmbito interdisciplinar para problemas colaborativos como: odontológico, nutricional, suporte social para seguimento ambulatorial e planejamento de revisões sistemáticas. Efetuar o julgamento clínico com precisão e promover resultados motiva o enfermeiro a pensar criticamente, valorar as relações interpessoais, desenvolver auto-avaliação e esforçar-se para participar de programas de atualização. (CARNEVALI; THOMAS, 1993).

Complementando, Lunney (2004) assegura que pensar criticamente é componente essencial da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem e que a metacognição é um instrumento para o auto-aperfeiçoamento. Entende-se por metacognição a habilidade de pensar sobre o pensamento, envolvendo uma aliança do pensamento crítico com a inteligência. A inteligência, segundo Sternberg apud Lunney (2004, p. 26), é:

a autogestão mental, que consiste na adaptação proposital, na seleção e na moldagem de ambientes pertinentes à vida e às habilidades do indivíduo. Este processo de autogestão mental torna possível desenvolver a inteligência continuamente para funcionar bem em nosso ambiente diário, como por exemplo, a assistência de enfermagem.

1.3 O raciocínio clínico como processo mental para o julgamento clínico

Conforme Sternberg apud Lunney (2004, p. 25), “a inteligência pode ser considerada como um potencial desenvolvido continuamente, composto de três dimensões inter-relacionadas: o mundo interno (metacomponentes e aquisição de conhecimento), o mundo externo do indivíduo (ambiente, contexto) e experiência (desempenho)”. Assim, o pensador crítico utiliza a inteligência para ponderar e interpretar situações clínicas, elaborando processo diagnóstico.

De acordo com ponderações do autor, aumenta-se a preocupação com o raciocínio, pois saber como se chega a um a conclusão ou decisão é tão importante quanto saber o que é conclusão ou decisão. (ALFARO-LEFEVRE, 1996).

Toda essa preocupação está refletida nas várias discussões conceituais e estudos realizados acerca da elaboração do processo diagnóstico nas últimas décadas.

Conforme afirmam Lee, Chan e Phillips (2006), na década de setenta as discussões acerca do diagnóstico em enfermagem eram pautadas em teorias estatísticas. Essas teorias caracterizavam-se por abordagens de realização de diagnóstico através das probabilidades apresentadas num esquema tipo “árvore de decisões”, escolhidas por mecanismo no qual a análise da situação deveria ser completa e as ações subsequentes absolutamente racionais e lógicas, onde o diagnosticista deveria ser capaz de demonstrar todo seu conhecimento. Essa teoria foi descrita por vários autores para explicar a elaboração diagnóstica, e foi denominada Teorema de Bayesian ou Modelo Bayesiano.

Apesar de essa descrição impressionar os estudos da época, houve considerável discussão acerca da aplicabilidade prática de um processo com tamanha rigidez, já que a educação tradicional de formação das enfermeiras não as preparava para esse tipo de cálculo, asseverou Thompson apud Lee, Chan e Phillips (2006).

Assim, corroborando a dissonância entre a teoria estatística e a prática do diagnóstico de enfermagem, assinalaram Carnevali e Thomas apud Lee, Chan e Phillips (2006, p. 59), “nem todas alternativas poderiam ser quantificadas em termos que permitiriam comparações de fácil alcance”.

Na década de oitenta, renasceu a discussão sobre a melhor forma de raciocínio, considerando-se não somente o uso da razão, mas também os diferentes potenciais cognitivos de cada diagnosticista e sua complexa utilização. Esse estudo foi iniciado através de uma série de investigações realizadas por Elstein e foi aprofundado por Carnevali e Thomas (1984),

sendo denominado teoria do Processamento da Informação (LEE; CHAN; PHILLIPS, 2006), cujas bases teóricas remetem aos anos cinquenta. A teoria do Processamento da Informação (PI) é considerada uma das correntes contemporâneas alternativas à de Piaget, que é identificada como a base teórica que sustenta os estudos de resolução de problemas (RP).

O surgimento da ciência cognitiva traz para primeiro plano o direcionamento para a mente e as operações que ela é capaz de realizar (BRANDÃO, 1999). A ciência cognitiva ou ciência da cognição é normalmente definida como o estudo científico da mente ou da inteligência e tem como objeto de estudo os processos gerais que regem a percepção, a organização, o armazenamento, a recuperação e a utilização da informação, bem como as formas como se organiza a representação dessas atividades no tratamento da informação. (LIMA, 2007).

Uma das principais funções da mente é interpretar o significado das informações adquiridas e transformá-las em conhecimento, e, segundo o cognitivista Moreira apud Lima 2007, p. 33), “a estruturação do conhecimento na mente humana tende a seguir uma estrutura hierárquica, a partir das ideias mais abrangentes”.

Assim, à medida que aprendemos, apreendemos novas estruturas e ligações, adicionando informações às estruturas existentes, ou alterando essas estruturas através do processo de reestruturação. (LIMA, 2007).

Nessa perspectiva, entende-se que as ciências da cognição definam raciocínio como uma operação lógica discursiva e mental. O intelecto humano utiliza uma ou mais proposições, para concluir, através de mecanismos de comparações e abstrações, quais são os dados que levam às respostas verdadeiras, falsas ou prováveis. Das premissas chegamos a conclusões.

Na área de diagnóstico, a Teoria de Processamento da Informação busca descrever como o clínico faz seus julgamentos, nos quais são identificados e analisados processos cognitivos, as operações e as capacidades envolvidas na tarefa. (GORDON et al. apud BRANDÃO, 1999).

Este modelo de raciocínio diagnóstico foi desenvolvido por Taylor e definido como uma abordagem hipotético-dedutiva no qual o enfermeiro se defronta com cinco grandes atividades cognitivas: observar as evidências disponíveis; gerar hipóteses sobre as evidências; agrupar dados sobre as evidências; julgá-las adequadas ou excluí-las (esta atividade conserva o espaço da memória de curta duração, o que permite o reagrupamento de novos dados que vierem a ser coletados); e reavaliar as hipóteses restantes de modo a decidir um diagnóstico. (CORRÊA, 2003).

O modelo hipotético-dedutivo foi estudado por outros pesquisadores importantes, como Gordon, que considerou a testagem preditiva de hipótese a chave do processo diagnóstico, definindo que o processo diagnóstico envolve quatro atividades perceptuais e cognitivas. E, no final da década de oitenta, Radwin elaborou um estudo no qual aplicou este modelo analítico utilizando como sujeitos um grupo de enfermeiros especialistas e outro grupo não especialista. O achado mais relevante foi o fato de o primeiro grupo testar várias hipóteses com acurácia, enquanto o segundo grupo apresentou tendência a usar uma única hipótese por situação. (LEE; CHAN; PHILLIPS, 2006).

Alguns estudiosos da época, como Jenkins e McGuire, questionaram a validade desse modelo, alegando que sua adoção simplificava demais o processo de raciocínio diagnóstico, pois, não considerando todas as variáveis implicadas, gerava um quadro incompleto da situação, o qual não representava a realidade da prática. (LEE; CHAN; PHILLIPS, 2006).

Esses questionamentos em relação aos dois modelos analíticos de tomada de decisão referem-se especialmente ao fato de que ambos desconsideram a emoção e a intuição como elementos importantes do processo. Assim, na década de noventa, os estudiosos que seguiam uma perspectiva fenomenológica apresentaram a ideia de que os problemas apresentados pelos clientes não podiam ser trabalhados através de modelos formais ou analíticos.

Benner e Tanner, já no final da década de oitenta, desenvolveram trabalhos em cujos resultados foram possíveis constatar coincidências com o Modelo Dreyfus, que apresentava o uso da intuição na elaboração do raciocínio clínico para a tomada de decisão. Essas pesquisas revelaram que as enfermeiras reconheciam o uso da intuição como componente importante em seus processos de raciocínio diagnóstico, apesar da dificuldade em diferenciar os tipos de intuição já categorizados em estudos anteriores por Loye apud Lee, Chan e Phillips (2006).

Recentemente, os estudos sugerem que a elaboração do raciocínio clínico deve considerar tanto os elementos da abordagem analítica quanto da intuitiva, revelando as principais variáveis que influenciam a prática diagnóstica, quais sejam, nível de expertise do diagnosticista, tempo de experiência, capacidade de execução com disciplina metodológica e presença de fatores psicossociais e culturais.

O presente estudo buscou subsídios no referencial do modelo analítico do tipo hipotético-dedutivo para a condução da análise dos dados coletados, não refutando, porém, a significância do componente intuitivo para a realização da atividade diagnóstica no contexto de execução do processo de enfermagem.

O processo de enfermagem é usualmente considerado como uma sucessão de etapas que consiste na coleta de dados de forma geral e focada, estabelecimento de diagnóstico,

planejamento de ações que relevem a contextualização e participação do próprio cliente e familiares, a implementação das ações selecionadas através da prescrição de enfermagem e a avaliação das respostas do cliente ao tratamento implementado com apontamentos sobre o alcance de resultados.

O trabalho do enfermeiro, segundo Benner (2001), distingue claramente o conhecimento disponível através da ciência, da tecnologia e da prática. A autora infere que distinções entre conhecimentos técnico e procedimental e julgamento clínico são evidentes em enfermeiros que utilizam o raciocínio clínico inerente às ações humanas.

Raciocinar clinicamente para o cumprimento das etapas que compõem o processo de enfermagem implica a utilização de elaborações mentais que envolvem o raciocínio diagnóstico e o raciocínio terapêutico. Considera-se, então, que ambos são indissociáveis na execução do cuidado na prática clínica, já que esse processo destina-se à identificação do problema e à promoção da eficiência do tratamento. (CORRÊA, 2003).

O primeiro tipo de raciocínio estabelece uma sucessão de etapas que irão compor um processo mental complexo cujo objetivo é elaborar julgamento clínico para o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. Já o segundo tipo acontece sob o mesmo conceito, porém, com o objetivo de selecionar a melhor conduta terapêutica.

Carnevali e Thomas (1993) propõem a introdução de mais uma etapa, que denominam prognóstico de enfermagem, a qual revela a avaliação preditiva do alcance ou não de resultados após o julgamento clínico e antes das intervenções. Esta proposta demonstra-se adequada quando se trata de cliente com afecção oncológica, à medida que o tratamento global é permeado pela melhor relação custo-benefício acerca da capacidade de resposta do cliente às intervenções.

Raciocinar com o objetivo de diagnosticar envolve julgar clinicamente e significa utilizar o pensamento crítico para sistematizar, de forma dinâmica, uma sequência de operações mentais que se sucedem para chegar a um julgamento por evidências. Este processo cognitivo chamado julgamento clínico caracteriza-se por um *continuum* de tomada de decisões. Entenda-se por tomada de decisão “um processo deliberativo que inclui cursos de ação determinados pelas implicações de enfermagem relativas às inferências”. (CARVALHO apud BRANDÃO, 1999, p. 23).

Essas operações mentais envolvem uma interação de processos interpessoais colaborativos, técnicos e intelectuais. Conforme o modelo apresentado por Gordon (1994), o primeiro refere-se à comunicação do enfermeiro (coleta de dados), o segundo é relativo ao uso de ferramentas e habilidades (exame físico) e o último relaciona-se ao emprego do

pensamento crítico e inteligência (análise e agrupamento dos dados coletados, reconhecimento de padrões e evidências) e a denominação do problema de saúde do cliente, que expressa o significado atribuído à condição que exige intervenção de enfermagem (julgamento clínico). O pensamento crítico é redefinido como uma dimensão da inteligência em enfermagem necessária para realização do processo diagnóstico. (LUNNEY, 2004).

Conforme asseguram Carnevali e Thomas (1993, p. 3), os diagnósticos de enfermagem resultam de uma série de julgamentos clínicos. Esses julgamentos são definidos como decisões complexas sobre o *status* do cliente ou grupo em seu contexto ou situação que afetará suas respostas baseadas em achados e suas interpretações. As características de um julgamento clínico contribuem para a dimensão de sua complexidade, incluindo a variedade de situações clínicas, validade e ambiguidade dos achados.

O julgamento clínico incorpora vários tipos de abordagem: as perceptuais utilizadas no discernimento do tipo de dados a ser coletado (se determinado sinal ou sintoma está ou não presente, quais aspectos situacionais são relevantes); as inferenciais, que estabelecem o significado e relevância dos achados e as relações dos achados entre si; e a identificação de certos padrões de respostas relacionados a diagnósticos em particular. Entende-se que percepção, segundo Corrêa, (2003, p. 20), “é a manifestação dos sentidos captados nos mundos interno e externo do indivíduo, que estimula a porção da memória sensorial”.

O julgamento clínico em enfermagem resulta de produções cognitivas, inclusive de impressões não verbalizadas e diagnósticas não-formais. Essas produções clínicas cognitivas demandam o uso de três tipos de memória usualmente descritas na literatura como: a memória sensorial, a memória recente ou *working memory* e a memória de longo prazo ou *long term memory*. (CARNEVALI; THOMAS, 1993).

O primeiro tipo de memória é ativado a partir de estímulos externos e internos, através dos cinco sentidos. É o tipo de cognição que trabalha com grande capacidade de recepção de estímulos, mas com prazos curtos de tempo, tanto na apreensão dos estímulos quanto na retenção destes no arquivo de memória. As informações processadas neste tipo de memória adquirem significados, alcançando, assim, a porção da memória recente, onde serão interpretadas.

O segundo tipo memória refere-se àquela cujas informações foram trabalhadas recentemente. A *working memory* não utiliza estímulos, recebe informações do mundo interno do indivíduo, caracterizando-se pela capacidade limitada de arquivamento e de curto prazo de retenção da informação. Esta porção da memória sofre interferência de outros processos de informação, sendo facilmente perdida a informação anterior, a menos que o mesmo processo

seja repetido. A principal atividade dessa porção da memória é o processo de elaborar relações entre a informação que já é conhecida (arquivado na memória de longo prazo) e a informação que foi recentemente processada. Esta atividade é aquela que transfere material da *working memory* para *long term memory*.

O último tipo de memória é aquela cujo sistema é capaz de reter a informação por um prazo mais longo de tempo e demonstra capacidade de arquivar maior número de informações, após recebê-las da *working memory*. Esta é a porção da memória que trabalha e arquiva as experiências pessoais, chamadas de episódios e também arquiva o conhecimento, conceitos e linguagem, chamada memória semântica. A relação entre essas subcategorias da *long term memory* é dinâmica e interativa.

Conhecer as propriedades e o funcionamento dessas memórias é fato de fundamental importância para o entendimento do complexo processo do raciocínio clínico do diagnosticista em seu nível de competência quando estabelece o julgamento clínico e o diagnóstico. Carnevali e Thomas (1993, p. 22) afirmam que “o exercício do pensamento crítico e o desenvolvimento de expertise estão diretamente ligados à operacionalização de cada porção de memória”. Assim, ainda conforme essas autoras há outro tipo de atividade mental que ocorre quando as duas últimas porções da memória interagem de forma muito rápida e automática: é a memória qualificada.

A memória qualificada mobiliza a *working memory* e a *long term memory* com um nível de eficiência neural presente nas habilidades do profissional perito. Este tipo de profissional utiliza esta atividade mental para desenvolver, de forma eficiente, sistemas organizados de arquivamento de informações na memória *long term*. Este “aprendizado” é adquirido através da prática e da experiência, de forma que estas duas porções da memória tornam-se extensão uma da outra. (CARNEVALI; THOMAS, 1993).

O enfermeiro perito é sem dúvida aquele que acessa a memória qualificada quando raciocina clinicamente e, de modo rápido, realiza um julgamento clínico para estabelecer um diagnóstico. Benner (2001, p. 61) destaca que “o estudo do comportamento dos profissionais proficientes e peritos permite descrever suas consequências para os doentes”.

Conforme Lunney (2004) comenta que, a despeito das habilidades cognitivas mobilizadas para realizar cada etapa dessas operações, há dois hábitos da mente comuns àquele que raciocina clinicamente: a integridade intelectual, definida como a capacidade de buscar a verdade através de meios honestos, mesmo que sejam os resultados contrários às suas próprias suposições e convicções; e a flexibilidade, que permite ao diagnosticador modificar ou alterar pensamentos, ideias e comportamentos.

Essas operações mentais comuns no raciocínio diagnóstico são apresentadas como etapas que se organizam de forma lógica e sucessiva, a partir de uma suposição, na busca de evidências que, segundo Lunney (2004), acontecem no mundo interno do indivíduo.

Esta suposição é elaborada a partir da identificação das características definidoras. Essa identificação ocorrerá através da coleta de dados clínicos realizada pelo diagnosticador. O material coletado por entrevista com o cliente e familiares, por investigação em prontuário e realização de exame físico são submetidos à avaliação interpretativa, sendo atribuído a eles um significado de valor, que irá redirecionar a coleta na busca de confirmação da suspeita.

Esta ocorrência denomina-se inferência, e é sustentada pela coleta de dados focalizados e identificação de fatores relacionados. A inferência irá aproximar a hipótese, demandando do investigador hábitos mentais como a flexibilidade, intuição e reflexão, pois considera uma variedade de possíveis significados. (LUNNEY, 2004).

Nesta fase, a habilidade de pensar criticamente refuta atribuir significados incorretos, o que poderia proporcionar riscos de falha no raciocínio clínico.

Após a inferência dos achados, os dados serão agrupados e categorizados. O agrupamento de dados consiste na percepção de relações e interações entre os achados de forma a incluí-los em categorias, como, por exemplo, um dos treze domínios da linguagem NANDA. A categorização é instrumento facilitador que parte de uma análise cartesiana para, através da metacognição, construir a próxima etapa mental que exige avaliação de um conjunto.

A etapa seguinte é a identificação de padrões, o reconhecimento de um modelo representativo que reúne características ou evidências. Nesse momento, o enfermeiro busca os modelos arquivados na memória pela experiência e utiliza hábitos da mente como a confiança ao selecionar o melhor padrão e a perspectiva intelectual para discernir a relevância dos padrões no contexto. Entretanto há casos nos quais se faz necessário desenvolverem-se novos padrões, quando os modelos habituais podem não se aplicar. Por conseguinte, são utilizados hábitos da mente como a criatividade, curiosidade, intuição e flexibilidade: todas essas caracterizam o pensador crítico de excelência. (LUNNEY, 2004).

A identificação de padrões permite, de forma preditiva, enxergar a formação de um quadro que pode ser indicativo de um problema. O enfermeiro é capaz de reconhecer os fatores de risco e pode reorientar a coleta aprofundando-a ou reunindo mais informações.

A próxima etapa é aquela na qual é elaborada uma hipótese, ou seja, a primeira impressão diagnóstica que exige maior investigação. Aqui, existe a oportunidade de avaliar se o padrão reconhecido representa um diagnóstico. Após elaboração da hipótese e em

detrimento de hipóteses concorrentes, a coleta é reorientada no sentido de prevenir falha na condução do raciocínio clínico diagnóstico.

A reorientação de coleta configura a penúltima etapa desse processo mental, é o momento em que se dá a identificação de informação ausente. Tal identificação inclui a revisão das etapas anteriores e visa a investigar a existência de informação relevante que não foi agrupada. Essa etapa é estratégica para o alcance do conjunto de evidências que sustentará o julgamento e o diagnóstico. A principal habilidade cognitiva mobilizada pelo diagnosticista nessa etapa é o discernimento, ativando hábitos da mente como a perseverança, reflexão, autoconfiança, intuição e perspectiva contextual. (LUNNEY, 2004).

A última etapa a ser processada para a finalização do raciocínio clínico é a definição do diagnóstico por evidências. A precisão dessa etapa depende de cada abordagem já citada neste estudo, mas depende principalmente do nível de competência do profissional diagnosticista, de seus hábitos mentais, da sua relação com o mundo interno e externo e da natureza da tarefa diagnóstica, que remete ao nível de complexidade do caso clínico e da sua contextualização. (LUNNEY, 2004).

Assim, embora o raciocínio clínico seja uma elaboração mental do diagnosticista que conduz ao julgamento clínico para o estabelecimento de um diagnóstico baseado nas respostas humanas, entende-se que o cliente é o especialista a respeito de suas próprias experiências. O enfermeiro é o instrumento de suporte para conduzi-lo à nomeação dessas experiências, sendo estas a base para as intervenções de enfermagem e os resultados projetados. Da mesma forma, afirmam Lee, Chan e Phillips (2006, p. 63): “a prática de diagnóstico de enfermagem é mais do que uma série de atividades cognitivas, pois também envolve interação humana e outros elementos psicossociais”.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 Tipo de estudo e abordagem

Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, pois investigou um universo cuja quantificação é difícil, como é o caso da descrição do processo mental de raciocínio clínico elaborado pelo enfermeiro quando avalia feridas em cliente com afecção oncológica para, posteriormente, estabelecer um julgamento clínico. (MINAYO, 1999).

Minayo (2001) infere que as pesquisas qualitativas preocupam-se com um nível de realidade que não pode ser quantificada, aprofundando-se no mundo dos significados, das ações e das relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas. Permite ainda conhecer o que pensam os indivíduos sobre suas experiências, suas vidas e seus projetos, privilegiando o conteúdo da percepção e do individual, do subjetivo.

Assim, considerando que o objeto deste estudo se inscreve no âmbito da subjetividade, este tipo de abordagem justifica-se por estar em consonância com o que se desejou apreender nesta pesquisa, que é a busca de uma dimensão interpretativa do fenômeno em tela.

Avançando na proposta metodológica, a pesquisa também se caracterizou como descritiva e exploratória, pois, de acordo com Triviños (2007), a descrição tem por objetivo aprofundar determinada realidade, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos do que se deseja investigar.

O estudo descritivo, conforme assegura Gil (1999 p. 33), “objetiva captar informações do que existe, a fim de descrever e interpretar o que realmente acontece entre o ambiente, o pesquisador e seus sujeitos”.

Este tipo de pesquisa, além da descrição, realizou a exploração, o que significa percorrer métodos de rigor, no sentido de auxiliar a compreensão da realidade estudada e que, segundo Minayo (1999), tem a importância fundamental de exorcizar o empirismo das abordagens sociais.

2.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi o Instituto Nacional de Câncer, uma instituição de grande porte da Rede Pública Federal, composta de cinco unidades especializadas na prevenção e controle de doenças neoplásicas: HC-I; HCII; HC-III; HC-IV e Centro de Tratamento de Medula Óssea (CEMO).

O HC-I é a primeira destas unidades, considerada a unidade central e de alta complexidade, cujo objetivo é assistir o adulto e a criança em todas as subespecialidades oncológicas, contando com aparato tecnológico de ponta. Este aparato envolve a cirurgia oncológica, a quimioterapia, a radioterapia. Esta última, inclusive, utiliza-se de aparelhos de última geração como o IMRT, que é destinado à emissão de radiação ionizante apenas no alvo programado, com refração mínima de raios para os tecidos adjacentes.

Ainda em relação ao aparato tecnológico disponível no HC-I, há o tratamento imunoterápico, a física médica, o laboratório diagnóstico e investigacional, a anatomia patológica, os recursos diagnósticos por imagem, que recentemente incluiu em seu quadro de alta tecnologia na Seção de Medicina Nuclear o equipamento denominado PET-CT, que realiza diagnóstico por imagem de alta resolução, dentre outros.

Esta unidade também mantém programas de cunho investigativo que fazem parte da rede nacional de pesquisa, como o Banco Nacional de Tumores, o Aconselhamento Genético e o Banco de Cordão Umbilical. Todos esses programas contam com a participação efetiva de enfermeiros nos mais diversos segmentos de atividades envolvidas.

A segunda unidade é o HC-II, destinado a atender a mulher portadora de câncer ginecológico, e também dispõe de uma gama de equipamentos e pessoal destinados ao suporte especializado.

A outra unidade denominada HC-III volta-se para a assistência a homens e mulheres acometidos por câncer de mama, também conta com equipamentos especiais para este atendimento específico.

A unidade HC-IV destina-se ao atendimento de clientes com afecção oncológica considerados fora de possibilidade de cura atual, onde são desenvolvidas atividades relativas aos cuidados paliativos.

A quinta e última unidade que compõe o complexo hospitalar do INCA é o Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO). Esta unidade tem como objetivo a assistência global e específica a clientes eletivos para o transplante de medula óssea.

Este complexo assistencial dispõe de uma equipe multidisciplinar que inclui as especialidades médicas de cancerologista clínico e cirúrgico; cirurgiões plásticos para reconstrução; enfermagem especializada em área de oncologia, pediatria, estomaterapia e cuidado intensivo; nutricionistas; psicólogos; psiquiatras; assistentes sociais; físicos; farmacêuticos; fisioterapeutas, fonoaudiólogos e profissionais da clínica da dor. Além desses, a equipe conta com o pessoal de suporte, ou seja, profissionais da área de informática, administração, estatística, de transporte e outros serviços afins.

Esta instituição também tem por objetivo o incremento do binômio ensino-aprendizagem, através da oferta de cursos formais de atualização, aperfeiçoamento, especialização *lato-sensu* e *stricto-sensu*, além de outras modalidades de ensino-aprendizagem como: programas de residência médica e de enfermagem, ambas com reconhecida respeitabilidade no processo de capacitação profissional no cenário nacional.

Cabe destacar que o INCA insere-se em atividades de pesquisa nas áreas de biologia celular, farmacologia, genética, medicina experimental, pesquisa clínica e translacional em onco-hematologia, contando esta última com pesquisas de caráter multidisciplinar. Ainda na área de pesquisa, o instituto gerencia a formação de grupos de pesquisa que compõem o Instituto Nacional de Tecnologia para o Controle do Câncer (INCT - Câncer), que é um projeto aprovado no final de 2008 pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Este projeto é uma rede de pesquisa integrada por laboratórios instalados em diversas instituições nacionais, que tem por objetivo a contribuição para o avanço da pesquisa oncológica no Brasil. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2009).

Essa instituição é identificada como referencial de saúde com sólida cultura organizacional, motivadora do desenvolvimento de novos estilos de gestão e processos de trabalho, na qual o pessoal realiza com maior liberdade de ação e incremento a qualidade ética, incluindo a participação do usuário do serviço. Também tem por característica fomentar o desenvolvimento de habilidades e destreza através da oferta de condições ótimas de trabalho para seu pessoal, em especial a disponibilidade de linha completa para prevenção e tratamento de feridas, a operacionalização interdisciplinar e a integração ensino-serviço.

Diante deste complexo assistencial, optou-se por desenvolver o estudo na unidade considerada de alta complexidade, o HC-I, onde acontece maior demanda de atividades de enfermagem acerca de cuidados avançados para clientes acometidos por feridas. Esta unidade

conta com leitos para internação nas especialidades de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Neurocirurgia, Cirurgia de Tórax, Urologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Abdômino-Pélvica, Cirurgia Pediátrica, Hematopediatria, Oncologia Clínica e Hematologia para Adultos e Tecido Ósteoconectivo.

A unidade HC-I também possui em sua estrutura física um Centro de Tratamento Intensivo para Adultos, um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico e uma Unidade Pós-Operatória. Além disso, esta unidade possui espaços físicos distintos para casos emergenciais de adultos e de crianças.

Quanto à categorização do pessoal de enfermagem, o HC-I conta com enfermeiros e técnicos de enfermagem em seu quadro, os quais assistem à clientela matriculada na Instituição em toda sua trajetória no cumprimento do plano terapêutico programado.

2.3 Sujeitos do estudo e critérios de inclusão

Os sujeitos deste estudo foram treze enfermeiros que trabalhavam no HC-I. O critério de inclusão estabelecido foi possuir o título de especialista em oncologia, conferido por curso de Especialização em Enfermagem em Oncologia reconhecido pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) e/ou conferido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO). Além disso, os sujeitos também deveriam trabalhar há pelo menos cinco anos na assistência direta ao cliente acometido por afecções oncológicas.

Os critérios de inclusão elaborados basearam-se na necessidade de captar dos enfermeiros especialistas e que cuidavam cotidianamente de clientes com afecções oncológicas e com lesão de pele, e apreender suas considerações no processo de elaboração do raciocínio clínico. Os critérios de inclusão fundamentaram-se também nos estudos de Alfaro-Lefevre (1996), quando a autora infere que a qualidade da profundidade e extensão do conhecimento que os experientes detêm são o resultado de oportunidades da aplicação da teoria em situações reais, o que acentua grandemente a capacidade do pensamento crítico.

Verificou-se que os sujeitos deste estudo tinham um tempo médio de atuação direta com clientes oncológicos de catorze anos. Assim, pode-se afirmar que os sujeitos que figuram neste estudo estão incluídos no estado cinco (5) de competência: o perito, pois segundo Benner (2001, p. 58),

a enfermeira perita tem enorme experiência e é muito respeitada pelos colegas pelas suas capacidades de julgamento e competências, pois vivenciam numerosas situações reais nas quais acrescentam nuances ou diferenças subtis à teoria. A teoria oferece o que pode ser explicado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender somente pela teoria.

Os sujeitos atuavam nas Seções de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Abdomino-Pélvica, Centro de Tratamento Intensivo e Oncoclínica. Estas unidades atendem a uma clientela que apresenta perfil com o mais elevado risco para o desenvolvimento de lesões cutâneas complexas.

Os enfermeiros lotados nestes setores cuidam de feridas de vários tipos, como, por exemplo, feridas operatórias complicadas, com ou sem infecção, e feridas localizadas em áreas previamente irradiadas ou em áreas subjacentes a drenos, válvulas e estomias. Além dessas, tais profissionais cuidam de feridas de difícil manejo devido ao uso de medicamentos comuns ao tratamento oncológico (corticóides, quimioterápicos, radiação ionizante) e as complicações paraneoplásicas (desvios nutricionais, imunológicos e de coagulação). Assim, entende-se que os sujeitos desse estudo são profissionais detentores de habilidades cognitivas que os caracterizam como pensadores críticos.

Para garantir os preceitos éticos, cada sujeito assinou previamente um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo que uma via do termo foi entregue a cada um dos enfermeiros que participou do estudo e a outra via ficou sob minha guarda (ANEXO A).

Conforme assegura Fortes (1998), o termo de consentimento deve ser livre, esclarecido, renovável e revogável. Livre de restrições internas, causadas por distúrbios psicológicos e externos, por pressões de familiares, amigos e principalmente dos profissionais de saúde. Esclarecido, com adequadas informações que sejam compreendidas pelos sujeitos da pesquisa. Renovável, quando ocorrerem significativas modificações no panorama do caso, que se diferencia do momento e das circunstâncias nas quais foi obtido o consentimento inicial. E revogável, com o consentimento mutável, modificável a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que ao sujeito sejam imputadas sanções morais ou administrativas.

Destaca-se que foram seguidas as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996), que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Essa Resolução indica que o consentimento deve ser expresso por escrito, assinado pela pessoa autônoma ou por seu protetor legal, no caso das pessoas com autonomia reduzida. Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos que as informações coletadas seriam empregadas exclusivamente para fins acadêmicos, preservando-se a liberdade, o sigilo e o anonimato dos participantes.

Outro aspecto relevante a ser informado foi sobre a determinação da quantidade e da qualidade das informações dos sujeitos, a qual se baseou no critério de reincidência das informações, ou seja, quando o conteúdo do material coletado começou a se repetir foi um indicativo de que a coleta de dados deveria encerrar. E este indicativo se deu ao término da décima terceira entrevista. Este momento é denominado, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), saturação da amostra, ou seja, quando atingida a adequação pela suficiência e qualidade dos dados proporcionados pela amostra, a descrição resultante é considerada rica e completa.

Minayo (1999) salienta que o critério numérico dos sujeitos da pesquisa, numa busca qualitativa, se torna uma preocupação menor, pois o mais importante é a qualidade dos informantes e não precisamente a quantidade. A amostragem ideal é aquela capaz de refletir a totalidade do objeto de estudo nas suas múltiplas dimensões.

Os treze depoentes que figuram no estudo autodenominaram-se por pseudônimos e assim são referidos no decorrer das citações. Suas falas foram analisadas por esta pesquisadora apenas após a aprovação de cada um, depois de lerem as transcrições das entrevistas.

2.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada individual. Minayo (1999) refere que, neste tipo de entrevista, o investigador está presente e o informante tem todas as perspectivas possíveis de responder a questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade. Além disso, ela também propicia o estreitamento dos laços e da confiabilidade entre entrevistador e entrevistado, o que reverte na captação de informações relevantes ao desenvolvimento do estudo. Triviños (2007, p.146), ao analisar as vantagens da entrevista na abordagem qualitativa, infere que

podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Este instrumento também possui a importante qualidade de oferecer flexibilidade, podendo o entrevistador repetir ou escrever perguntas, especificar alguns significados, além de permitir observação de expressões não-verbais (LAKATOS; MARCONI, 2005). Este conjunto de procedimentos que compõem a flexibilização do ato de entrevistar sem corromper o rigor metodológico foi de fundamental importância para que essa pesquisadora pudesse também exercer sua expressão metacognitiva e elaborar organizações mentais em paralelo a coleta dos depoimentos. Esse momento de riqueza foi particularmente decisivo para a “tradução” das falas dos sujeitos.

Cada entrevista foi iniciada com a apresentação do estudo, a qual explicitava título, objetivos, relevância e contribuições esperadas para a assistência direta de enfermagem e para pesquisas. O desenvolvimento da entrevista foi norteada por três perguntas básicas as quais se encontram registradas no Apêndice A.

Cada entrevista teve duração média de quarenta minutos, cujos dados foram gravados para melhor aproveitamento das informações, sendo aplicada aos sujeitos após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que foi cenário do estudo (ANEXO B).

O referido instrumento foi testado com dois enfermeiros que atuam em outras seções diferentes daquelas selecionadas para a coleta, no sentido de certificação de que as perguntas contidas na entrevista propiciariam o alcance dos objetivos. Tais profissionais foram igualmente informados de que suas informações não seriam utilizadas na pesquisa. Nesse momento, pude refletir que deveria adequar a abordagem ao depoente em relação aos objetivos do estudo, no sentido de manter o foco nas questões que compunham o roteiro da entrevista. Essa adequação fez parte do momento introdutório da entrevista, no qual pude esclarecer dúvidas dos sujeitos e colocar a dimensão conceitual da temática principal do objeto deste estudo.

2.5 Método de análise de dados

As informações coletadas foram analisadas e interpretadas à luz da análise de conteúdo, que se caracteriza pela organização das informações por meio de fases ou etapas, conduzindo a um resultado estruturado e organizado do conteúdo. Esta técnica tem como função “a verificação de hipóteses e/ou questões [...] e a descoberta do que está por trás dos

conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”. (MINAYO, 2001, p. 74).

Segundo Bardin (2000), a análise de conteúdo presta-se à compreensão do sentido da comunicação, mas também desvia o olhar analiticamente para outra significação, outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira, que pode ser de natureza psicológica, sociológica, política e histórica.

A análise de conteúdo temática ou categorial é uma contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada, por exemplo, pode ser a frase, e na construção de categorias a partir do desmembramento dos temas em unidades menores. No entanto, parece haver consenso de que se trata de uma descrição analítica, segundo procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens (OLIVEIRA, 2008). Assim, os objetivos da análise de conteúdo podem ser sintetizados em organização das mensagens, tanto no seu conteúdo quanto na expressão desse conteúdo, para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a mesma da mensagem. (BARDIN apud OLIVEIRA, 2005).

Dessa forma, penso que a escolha de tal método propiciou uma análise mais ampla, porém profunda do material coletado, uma vez que se buscou apreender toda a complexidade envolvida nas falas dos informantes, pois, conforme assinala Bardin (2000, p. 42):

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de descrição do conteúdo das comunicações, visando obter por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A aplicação da técnica de análise de conteúdo destaca alguns procedimentos os quais serão descritos a seguir:

- busca pelas unidades de codificação ou de registro: uma palavra ou frase do texto, o minuto de gravação, o centímetro da notícia de jornal, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise (unidade de segmentação, de corte);
- seleção das unidades de contexto: aqueles elementos (trechos de textos) que permitem compreender a significação dos itens obtidos (das unidades de registro), repondo-os no seu contexto;
- elaboração da análise categorial: considera a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido. É um método que

permite a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem;

- realização da inferência: uma operação lógica através da qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas e verdadeiras; extrair uma consequência; deduzir de maneira lógica. Vale destacar que o interesse da análise de conteúdo não reside na descrição do conteúdo do texto apenas, mas no que estes poderão revelar sobre outras coisas, após o seu tratamento. Ou seja, a intenção deste método é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Assim, a análise de conteúdo, conforme Oliveira (2008), pressupõe uma sucessão de etapas organizadas e que foram seguidas para encontrar as categorias analíticas deste estudo. Estas etapas e os procedimentos contidos em cada uma delas estão explicitados a seguir.

a) Primeira Etapa - Pré Análise

Esta etapa envolve quatro procedimentos:

- Escolha dos documentos ou definição do corpus de análise;
- Formulação de hipóteses e dos objetivos;
- Elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final, por exemplo: Frequência absoluta ou relativa de determinado tema em relação a outro; tipos de expressão de dúvida observadas, etc.;
- Preparação do material em função do tipo de análise que será realizada.

b) Segunda Etapa - Exploração do material ou codificação

Consiste num processo através do qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo.

Recorte ou escolha das unidades:

- Tipos de unidades de registro:

- palavra (palavras vazias e palavras plenas);
- tema (regra de recorte do sentido e não da forma, representada por frases, parágrafos, resumo, etc);
- objeto ou referente (temas eixos, agregando-se ao seu redor, ou seja, tudo o que o locutor diz ao seu respeito);
- personagem (papel familiar, idade, sexo, etc);
- acontecimento;
- documento (artigo de jornal, a resposta a uma questão aberta, uma entrevista, etc).

- Unidades de contexto:

Define-se como unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões que são superiores as da unidade de registro, permitem compreender a significação da unidade de registro. Por exemplo, cita-se a frase para a palavra, o parágrafo para o tema.

- Enumeração ou escolha das regras de contagem: assenta-se numa hipótese de correspondência entre a presença, a frequência, a intensidade, a distribuição, a associação de manifestação da linguagem com os mesmos indicadores das variáveis inferidas ou categorias teóricas, portanto é necessário procurar a correspondência mais pertinente.
 - Presença ou ausência;
 - Frequência;
 - Frequência ponderada;
 - Intensidade;
 - Direção: (+/-/+/-/0) bonito/feio, pequeno/grande, favorável/desfavorável;
 - Ordem;

- Co-ocorrência: presença simultânea de duas ou mais unidades de registro numa unidade de contexto - medida de distribuição e de associação das unidades.
- Classificação e agregação ou escolha das categorias: operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo a analogia com os critérios definidos. São rubricas ou classes as que reúnem um conjunto de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado segundo os caracteres comuns destes elementos.

c) Terceira Etapa - Tratamento dos resultados (inferência e interpretação)

Busca-se, nesta etapa, colocar em relevo as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexas como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos, etc.:

- pré-análise: definição do corpus de análise ou o que será analisado textualmente, formulação de hipóteses, definição dos indicadores para a interpretação e exploração do material ou codificação e preparo do material;
- exploração do material ou codificação: a partir de uma leitura flutuante do texto transcrito, quando elabora-se a transformação sistemática dos dados brutos através da agregação destes em unidades, chamadas unidades de registro-que pode ser uma palavra ou frase do texto (UR) e identificação das, unidades de contexto, que é um trecho que permite a compreensão da unidade de registro (UC); as quais serão enumeradas e categorizadas;
- tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

Neste estudo, depois de coletados os dados, as treze entrevistas foram transcritas e realizada leitura. A escolha das unidades de registro foi por aproximação temática, onde foram identificadas hum mil e oitocentos e noventa e quatro (1894) unidades de registro. Nestas unidades de registro foram utilizados parâmetros estatísticos no sentido de ser identificada a incidência temática das mesmas, que foram denominadas unidades de significação (US). Como produtos foram agrupados trinta e sete (37) unidades de significação. Essas unidades receberam novo parâmetro estatístico no qual foi calculada a prevalência temática dessas unidades de significação nas falas dos depoentes e foram reagrupadas. Emergiram então, seis núcleos temáticos candidatos a categorias (APÊNDICE C). Esses núcleos temáticos foram analisados e confrontados com os objetivos do estudo.

Para a interpretação numérica desses núcleos também foram utilizados parâmetros estatísticos, emergindo então, quatro categorias (APÊNDICE D), as quais foram denominadas:

- 1ª Categoria: A afecção oncológica como fator expressivo na elaboração mental diagnóstica do enfermeiro;
- 2ª Categoria: A relevância do conhecimento teórico-prático avançado para a elaboração mental avaliativa do enfermeiro;
- 3ª Categoria: A construção da elaboração mental para o raciocínio clínico diagnóstico do enfermeiro;
- 4ª Categoria: A importância da interação humana no contexto avaliativo do enfermeiro.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS

3.1 Reflexões sobre o processo de análise das informações

Analisar “falas” não é tarefa fácil. Essa experiência figura como única em meu universo intelectual, de modo que pude iniciar pela observância do funcionamento de minha própria mente ao realizar esta tarefa e à luz da Teoria Triárquica da Inteligência Humana, do filósofo Sternberg apud Lunney (2004). Portanto, esse processo auxiliou-me na captação das mensagens que estavam nas entrelinhas das falas dos sujeitos e, assim, pude apreender o objeto estudado.

Em seu estudo, o autor infere existir articulações entre três mundos que figuram no processo de autogestão mental: mundo interno ou componencial; o mundo externo do indivíduo ou contextual; e o mundo vivencial do indivíduo.

Quanto ao mundo interno, relaciona-se com os componentes de aquisição de conhecimento, de desempenho e os metacomponentes. Na situação do presente estudo, pode-se inferir que tais componentes são ativados quando o enfermeiro encontra-se em situação clínica específica, como, por exemplo, a avaliação de feridas em cliente acometido por afecção oncológica. Tais componentes estão continuamente interativos no mundo interno do enfermeiro diagnosticista. (LUNNEY, 2004).

Sobre o mundo externo do indivíduo ou contextual, Sternberg assevera que, nele, o indivíduo usa a inteligência para existir em todos os ambientes em que possa estar. E finalmente, a respeito do mundo vivencial do indivíduo, o autor expõe que é aquele em que se articulam os outros dois mundos no sentido de produzir inferências à luz das experiências vividas.

Assim, posso afirmar que somente pude realizar a tarefa de analisar os depoimentos coletados após realização do exercício metacognitivo acerca de meu conhecimento da situação clínica proposta pelo estudo.

Acessei os três mundos propostos por Sternberg e pude “traduzir” a descrição de minha trajetória, citada na introdução deste estudo e, à luz desse exercício, pude tecer articulações e análises, as quais me auxiliaram no processo de captação do objeto proposto.

Nesse paralelo, reconheço o meu mundo interno composto de dezenove anos de construção de conhecimento e vinte e cinco anos de desempenho ativados pelos

metacomponentes. Meu mundo externo refere-se aos diversos ambientes profissionais e pessoais que percorri neste tempo, nos quais foi relevante a capacidade de seleção de ambientes novos, a moldagem dos ambientes existentes para ambientes novos e o processo de adaptação que permeou essa trajetória. E, por fim, ressalto que o fator mediador fundamental para a ocorrência da análise dos dados coletados e a conclusão desse estudo foi a utilização de meu mundo vivencial, aquele que modifica a forma de utilização dos metacomponentes para articular novos conhecimentos agregados e novos ambientes.

Pude iniciar a análise dos depoimentos já no momento de realização das entrevistas, quando, inserida no mundo dos depoentes, observei em suas falas a referência explícita e implícita do seguimento dos passos do processo de enfermagem quando referiam suas atuações.

É importante reafirmar que o Processo de Enfermagem é um instrumento tecnológico ou modelo metodológico com características reflexivas, humanizadas e dirigidas a resultados que orienta a prática das ações de enfermagem (LUNNEY, 2004). Em sua evolução através dos tempos, desde os registros de Florence Nightingale, o Processo de Enfermagem avançou em sua expressão. Esse caminho foi mediado pelo desenvolvimento do conhecimento da Enfermagem, demonstrando-se na prática, de forma dinâmica e flexível, sua aplicabilidade eficaz e eficiente, modificando-se através do tempo a partir da construção e reconstrução do saber da Enfermagem.

Desde sua primeira abordagem, em 1950, o Processo de Enfermagem revelou-se como essencial a todas as abordagens de enfermagem, e, segundo Pesut e Herman apud Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004, p. 34): “essa primeira geração do Processo de Enfermagem foi importante porque chamou a atenção profissional sobre a necessidade de pensar antes de agir”. Desde então, este tem sido descrito com diferentes números e definições de seus componentes.

Conforme apontado no capítulo do referencial teórico, o modelo de Processo de Enfermagem utilizado foi o de Carnevali e Thomas (1993), que apresenta seis etapas: investigação e diagnóstico ou identificação de problemas; prognóstico; planejamento (determinação de prioridades imediatas, estabelecimento de metas, determinação das intervenções, individualização do plano de cuidados); implementação; avaliação dos resultados; e reformulação do raciocínio com novas hipóteses, se for o caso. Este modelo também é referido por Alfaro-Lefevre (2005), diferindo em sua estrutura por considerar apenas cinco etapas.

O modelo dessas autoras foi reconhecido nas falas dos depoentes, pois realmente revela maior adequação quando da avaliação de ferida em cliente com afecção oncológica, em especial quando enfatiza o estabelecimento da situação de saúde do cliente na fase investigacional, na qual é construído o raciocínio clínico diagnóstico, foco do estudo.

O modelo proposto por Carnevali e Thomas (1993) revelou-se adequado também pelo fato de considerar o fator prognóstico e a reformulação do raciocínio clínico para gerar novas hipóteses, depois de avaliado o resultado. Esta elaboração mental dinâmica e cíclica, com o objetivo de alcançar a melhor resposta, é muito peculiar durante a avaliação das estratégias de pensamento dos especialistas em oncologia.

Porém, não foi somente o modelo de Processo de Enfermagem, já discutido neste estudo, que emergiu das falas dos sujeitos, também foram revelados outros aspectos da estratégia cognitiva. Os sujeitos apontaram a relevância do conhecimento da fisiopatologia da doença oncológica e os aspectos de morbidade no reparo tissular provocados pelas reações fisicoquímicas entre a doença e o hospedeiro, a importância da capacitação avançada para realização dos processos cognitivos demandados na situação clínica de enfermagem em questão e os tipos de processos cognitivos considerados. Também foi destacada a importância da linguagem no desempenho das ações de enfermagem e as demandas de significação utilizadas.

Todas essas questões serão mais bem analisadas ao longo da exposição efetuada nas categorias analíticas. Desta forma, será contextualizada a discussão de cada uma das quatro categorias a partir dos achados efetuados com base na análise de conteúdo, os quais envolveram a soma de trinta e sete unidades de significação distribuídas de forma pertinente nas categorias apresentadas a seguir.

3.2 Análise e discussão das categorias

1ª Categoria: A afecção oncológica como fator expressivo na elaboração mental diagnóstica do enfermeiro

Essa categoria revelou-se como prevalente nas respostas dos sujeitos em relação à adoção de estratégias cognitivas para avaliar feridas em um cliente acometido por afecção

oncológica. Conhecer a biologia molecular oncológica e o efeito particular sobre as respostas humanas, as relações físico-químicas entre a doença e seu hospedeiro, as adversidades de seu modelo terapêutico sobre o reparo tissular são relatadas pelos depoentes como definitivas para a acurácia avaliativa na situação em questão.

As onze unidades de significação que serão discutidas a seguir emergiram das falas dos sujeitos, especialmente quando inquiridos sobre: “O que se passa na sua cabeça enquanto você avalia um cliente acometido por ferida com doença oncológica?” Percebi que os especialistas apreendem não somente o conceito de doença neoplásica, mas todas as dimensões que compõem o ser humano acometido por essa doença, tais como as questões de caráter anátomo-fisiológico, psicológico, social, cultural e religioso.

Os sujeitos referem que o câncer produz efeitos também nos membros da equipe multidisciplinar que participam da terapêutica do cliente assistido. Este fato é explicado por Nakamura, Martin e Santos (2009, p. 47), quando inferem que:

participar do processo saúde-doença remete às questões da ética, pois ouvir aqueles que sofrem é uma tarefa árdua. Suas vozes remetem às condições do corpo, que revelam nossa própria vulnerabilidade. Ouvir é um ato fundamentalmente moral, pois ao escutar o outro se escuta a si mesmo e cristaliza-se o compartilhar de necessidades de cada um pelo outro.

Assim, verificam-se nos recortes de fala apresentadas a seguir as diversas expressões do impacto da presença da doença oncológica no universo profissional:

Como cuidado e como pessoa que você tem que estar presente ali profissional, você tem que ter todo um olhar desse cliente e interação como um todo. É difícil falar essas coisas porque é do que você sente e do que você observa. (Topázio)

Então, eles são dados como pessoas difíceis porque são alcoólatras de longa data, fumantes, rebeldes, agressivos por conta disso, mas quando chega a se instalar essa doença, eu não sei se isso se modifica, mas eles se tornam pessoas que precisam de, vamos dizer assim, eles tem necessidade de afeto, de atenção, e é um paciente que te trás muitas alegrias. Muitas alegrias. E tristezas também. (Mara)

O cliente acometido por uma doença aguda possui a noção de que a cura parece como meta plausível. No caso do câncer, este ainda é expressão de horror e catástrofe para o doente e o público leigo. Esta é uma doença crônica de alto custo do tratamento, que implica longevidade dos procedimentos terapêuticos, a perspectiva incerta da cura, queda abrupta na qualidade de vida e perda da autonomia física e psicológica, na maioria dos casos. (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009).

Para a enfermagem, o cliente apresenta-se como aquele que demanda cuidados de maior complexidade, seja no quesito treinamento para o manejo de materiais específicos de trabalho (procedimentos como os realizados pela estomaterapia, por exemplo) seja no conhecimento das normas de segurança de trabalho (contato frequente com radiação

ionizante), no conhecimento das normas reguladoras (manipulação e administração de quimioterápicos) e no perfil de dependência do cliente, cujo tempo de enfermagem é alto. Este perfil diferenciado modifica o planejamento das ações de enfermagem todo o tempo, implicando uma dinâmica de trabalho mental extremamente desgastante para toda equipe, em especial para enfermagem, que permanece vinte e quatro horas no exercício ininterrupto de cuidar.

Esta análise pode ser reconhecida nos trechos de falas a seguir:

[...] quando você tem um cliente oncológico, ele já está sensibilizado pela doença, ele já tem o estigma da doença e eu percebo que há uma diferença de comportamento entre os doentes oncológicos que eu trato, e os doentes que tem outro tipo de ferida, de lesão. (Turmalina)

E é muito importante você saber, quando você vai cuidar do paciente, como melhor prover aquele tratamento para que esse paciente fique confortável com uma doença que socialmente é discriminada. Porque o câncer é uma doença que na sociedade causa muito medo, muita frustração e discriminação. (Topázio)

[...] é um paciente que você tem que ter mais cuidado em lidar com ele, porque ele já é portador de uma neoplasia e todo o ônus que ela traz. (Margarida)

Você tem que saber que a diferença, é muito especial, porque é difícil você sair na rua e ser apontada como algo diferente. (Mara)

O enfermeiro com domínio avançado no cuidado de cliente acometido por doença oncológica sabe que o reparo tissular deste cliente seguirá um curso diferenciado, cujo sucesso dependerá de dados multifatoriais relativos à evolução da doença de base e o nível de desorganização fisiológica que modificará as respostas humanas. Conforme defendem Jorge e Dantas (2003, p. 35),

as causas que levam ao aparecimento de uma solução de continuidade do tecido cutaneomucoso são múltiplas, interdependentes e muitas vezes, resultantes um processo de base relativo às condições sistêmicas do portador da lesão, de forma que, a ferida não pode ser vista como um fenômeno que ocorre isoladamente. Assim, é imperioso fazer a avaliação da ferida considerando os fatores que possam influenciar, de forma positiva ou negativa na evolução das fases de cicatrização.

Assim, a premissa de eficiência do cuidado dessa clientela é a avaliação holística, que se concentra no momento investigacional.

As falas selecionadas a seguir caracterizam o exposto:

Então, é um conjunto, não é uma coisa só, que vai te influenciar naquela decisão, entendeu? Várias coisas que estão aí interferindo naquela tomada de decisões, entendeu? Não é simplesmente chegar e tratar diretamente, para eu tratar eu tenho que saber avaliar corretamente. (Estrela)

[...] em primeiro momento, vejo ele como um todo, avalio ele como um todo! Holisticamente. (Turmalina)

[...] numa avaliação tudo é importante. Porque qualquer detalhe que você vai ter pode interferir no resultado. (Flor)

O enfermeiro precisa ver o paciente como um todo, ele como ser humano, você não deve avaliar ali só a lesão propriamente dita, você tem que avaliar ele como um todo. (Perfume)

Eu preciso conhecer a clínica do doente, conhecer o diagnóstico, conhecer a história do doente, conhecer tudo do doente. (Rosa)

O aparecimento de feridas em cliente submetido ao tratamento oncológico tem sua etiologia, na maioria das vezes, nas comorbidades paraneoplásicas, nas discrasias da própria doença ou nas adversidades da terapêutica eleita. Assim, é fundamental que o diagnosticista tenha domínio das informações que conduzam seu raciocínio para um julgamento preciso e alcance de resultado em curto prazo. Neste momento, defende Lunney (2004, p. 56) que: “apesar da crença atual de que situações clínicas com limitações de tempo estão associadas com baixos níveis de precisão, os estudos não sustentam esta expectativa. Talvez as limitações de tempo, estejam associadas com uma coleta e uma análise de dados mais focalizadas e eficientes”. Este fato é tão reconhecidamente significativo que todos os depoentes o mencionaram em seus discursos.

Se esse paciente está tendo câimbras, muitas vezes, pode ser que ele não tenha saído da instituição com uma medicação, um cálcio, como já ocorreu. E isso aí vai ter problemas, ele acha que isso é uma coisa normal. Se ele não for ter um atendimento mais rápido possível comigo, ele vai achar que isso aí é uma situação normal. (Mara)

Sermos capazes de detectar alterações no nosso paciente, de prever complicações piores, e se antecipar a essas complicações e as nossas intervenções, fazem a diferença! (X Nurse)

O planejamento do cuidado para a cicatrização da ferida neste cliente torna-se tarefa que deverá relevar além de seu estigma social, uma série de outros determinantes. Por exemplo, o abalo psicológico que provoca em seu portador, fatores como as condições de moradia (se possui saneamento básico), nível cognitivo (apreensão de informações sobre higiene pessoal e aderência ao tratamento), condições econômicas para acesso e continuidade do tratamento e apoio da rede social para procedimentos em feridas localizadas em segmentos anatômicos de difícil manejo, foram valorizadas nas falas dos sujeitos e encontra-se em consonância com a literatura pertinente ao assunto. (JORGE; DANTAS, 2003).

Estas considerações fazem parte da elaboração mental do enfermeiro em seu momento avaliativo, pois o perito sabe que tais dados serão importantes para a realização do julgamento e diagnóstico diferencial da ferida. Enfim, verificou-se que os sujeitos entendem a integralidade que envolve o cuidado ao cliente com doença oncológica e portador de ferida, reportando-se desde o conhecimento de anatomia até questões psico-espirituais. As falas a seguir apontam a importância da extensão do conhecimento:

Você tem que ter o conhecimento de anatomia, no caso, de cabeça e pescoço, e também o que gera cada tumor. Ainda tem a informação de que você tem o peso de recidivas. (Mara)

A gente lida com pacientes cirúrgicos, grandes cirúrgicos em oncologia, pacientes graves, pacientes críticos, ou seja, múltiplas possibilidades, muitas intervenções. (X Nurse)

[...] o portador de uma doença grave, uma doença crônica e degenerativa, portador de câncer, eu já tenho alguém que é muito afetado físico, emocionalmente e espiritualmente. (Sem nome)

Então eu tenho que abordar, olhar para o doente, identificar, conhecer o histórico, estado clínico, todas as patologias de base, como hipertensão e diabetes, problemas circulatórios. (Violeta)

Conforme mencionado, o cliente com doença oncológica e acometido por uma ferida deve ser visto de forma diferenciada, pois há várias situações que devem ser consideradas e se distanciam de outras doenças, tais como a etiopatologia do câncer, o estadiamento no momento da avaliação, possibilidades de complicações no manejo da ferida como sangramento e infecção. Esse cliente provavelmente apresentará particularidades nas fases da cicatrização, como fase inflamatória prolongada, comprometimento na fase de maturação da ferida, tempo de reparo prolongado, dentre outros destacados ao longo do estudo. Todos estes fatores estão atrelados, especialmente, às desorganizações do sistema imunológico, circulatório, metabólico, sistema elástico, tipo histológico do tumor e nível de avanço da doença. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

Esses dados são fundamentais para a investigação do especialista, pois agregam informações que mudam a predição da resposta humana, inclusive se considerado o contexto terapêutico ao qual está sendo submetido, o que é referido nas falas a seguir:

[...] porque o doente, em geral, tem um déficit metabólico muito grande, e quando abre uma ferida horrorosa com mau cheiro, que sangra e que tem necrose, é horrível. (Violeta)

[...] as células desse tecido tumoral estão em desorganização. Então você não tem algo rígido, firme, quase não tem colágeno nessa ferida. (Sem nome)

[...] eu vou chegando perto do doente já de posse, de conhecimento da sua patologia oncológica, o que fez abrir a ferida. E a partir dali a gente vai avaliando e observando todo um contexto. (Rosa Vermelha)

[...] por algum motivo, por distúrbio hidroeletrolítico, por lesão tumoral, por invasão e tudo, inclusive se esse paciente ainda está fazendo investigação diagnóstica, se há desorientação, ou agitação, síndrome de torpor, você tem que ver o estadiamento. (Perfume)

O plano terapêutico oncológico refere três pilares principais de alternativas que podem ser implementadas de forma exclusiva ou combinadas entre si: cirurgia, radioterapia e quimioterapia. Essas modalidades apresentam níveis variados de adversidade, mas acometem especialmente a pele, a mucosa e o bulbo capilar, afetando muitas vezes o Performance Status do cliente. E essas informações são de especial importância no momento investigativo, pois as lesões cutâneas em cliente acometido por afecção oncológica remetem à realização de um

diagnóstico diferencial da ferida. Isto se refere às feridas que aparentemente podem ser confundidas em sua identificação como dermatites de contato (causada por hipersensibilidade) ou por lesão do tipo enxerto-hospedeiro, que acomete clientes transplantados de medula óssea. Ou ainda radiodermites, as quais podem ser confundidas com lesão tumoral e úlceras de Marjolin¹³, que podem ser julgadas como uma úlcera por pressão, por exemplo.

Assim, no momento avaliativo o enfermeiro revela conhecer essa importância, de forma a apontá-la com significativo destaque nas falas:

[...] que tipo de cirurgia? Que tipo de cirurgia aquele paciente fez? Uma cirurgia extensa, várias horas? Ele está em tratamento quimioterápico? Ele está em tratamento radioterápico? Ou esse paciente vai entrar em um tratamento quimio-rádio? E que repercussões isso vai ter no tratamento da ferida? (Estrela)

Eu tenho que conhecer a cirurgia, se foi uma ferida cirúrgica; se é um paciente que já foi submetido a radioterapia ou quimioterapia, ele tem uma resposta diferenciada. Se eu sei que o paciente foi submetido a uma radioterapia ele vai ter uma série de complicações e efeitos colaterais dessa terapia no decorrer de muitos anos, mesmo após o término dela. (Raio de sol)

[...] na avaliação do cliente tem que levar em consideração o momento que ele está vivendo ali do tratamento, principalmente, se for um tratamento quimioterápico, se for um tratamento cirúrgico, o que ele fez, há quanto tempo ele fez, se fez uma radioterapia. (Flor)

[...] o que eu achava que era uma úlcera, era uma ferida tumoral monstruosa! Com ajuda do procedimento correto ia melhorar, e com a quimioterapia; mas o efeito colateral da quimioterapia ia interferir na cicatrização da ferida. (Violeta)

A unidade temática “Referência ao diagnóstico diferencial entre ferida não maligna e tumoral” foi citada em onze das treze entrevistas realizadas. Essa incidência remete à importância que o especialista refere ao surgimento de uma lesão maligna. A presença da ferida maligna significa a invasão de células de implante tumoral à distância (metástase), ou por invasão direta de estruturas da pele por tumor localmente avançado em órgãos vizinhos (contiguidade), ou ainda devido a tumores hematológicos, como também por tumor maligno primário dermatológico (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007). Em todos os casos, sua presença traduz um agravamento no estadiamento da doença oncológica e seu diagnóstico diferencial pode mudar significativamente o curso do plano terapêutico e comprometer o Performance Status do cliente. Essa mudança de curso no plano de tratamento envolve mudar a linha de conduta, inclusive de enfermagem, caso a opção terapêutica mude para uma conduta paliativa.

¹³ Este tipo de ferida refere-se ao desenvolvimento de um processo maligno, geralmente do tipo espinocelular em ulcerações crônicas. (DECLAIR, 2003).

Reconhecer uma ferida maligna demanda um processo avaliativo próprio e exaustivo, que implica em investigação em base de dados, observação clínica, investigação semiológica e conhecimento semântico na área de feridas e de oncologia. Nesta perspectiva, conforme asseguram Silva, Figueiredo e Meireles (2007, p. 325): “a vivência indica que, para os profissionais que cuidam de portadores de câncer, é importante atentar para as feridas que não cicatrizam por mais de trinta dias”. Assim, a elaboração de hipótese é de muita importância, já que uma ferida tumoral pode não ser identificada à simples observação. A situação é tão complexa que se pode confundir, por exemplo, uma ferida do tipo carcinoma epidermóide de perna com uma úlcera vasculogênica venosa. Assim, o diagnóstico diferencial somente poderá ser estabelecido através de biópsia cutânea, sendo este o único procedimento de resultado seguro nesta situação clínica.

O manejo de uma ferida maligna é reconhecidamente difícil, pois demanda pensamento crítico, experiência e habilidades de raciocínio apurados para uma tomada de decisão rápida e livre de erro. E, através da análise das entrevistas foi possível verificar que esta situação é uma preocupação dos sujeitos e está presente nas elaborações mentais avaliativas dos mesmos, conforme referenciado a seguir:

[...] principalmente, você ver o tipo de lesão que é, se é uma lesão tumoral, ou uma lesão não tumoral. (Perfume)

[...] se é uma ferida tumoral tenho que saber que estadiamento aquele paciente tem ou o que está sendo feito, tratamento curativo, paliativo? (Estrela)

Como ele se vê com uma ferida tumoral, por exemplo? (Violeta)

[...] pensar num paciente oncológico, é você ter que pensar em todas as coisas, se ele apresenta algum sangramento, se é uma ferida tumoral. (Margarida)

A doença oncológica apresenta diversas comorbidades, denominadas morbidades paraneoplásicas. Porém, a mais letal e prevalente é a caquexia paraneoplásica, que acomete 20% dos clientes portadores de doença oncológica. Esse fato se deve à própria cinética celular do câncer, uma vez que, dependendo do tipo histológico do tumor e do plano terapêutico eleito, ocorrerá maior ou menor agressividade ao aporte calórico do cliente, acometendo pelo menos 50% dos hospedeiros de doença oncológica durante sua evolução. (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000).

O sequestro de calorías, a depleção de albumina, as alterações glicêmicas, as perdas eletrolíticas por derivações estomais e gástricas, dentre outros fatos comuns no curso do tratamento oncológico, são fatores definitivos para o retardo, impedimento ou complicação do reparo tissular. (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

É, portanto, relevante considerar essa problemática do cliente com doença oncológica ao cuidar da ferida que ele apresenta. Os sujeitos do estudo aludiram às paraneoplasias, quando elaboram esquemas mentais relacionados ao raciocínio clínico voltado para o cuidado a este tipo de cliente.

Pensar na doença de base, e em todas as outras co-morbididades que ele possa ter como dificultadores do tratamento da ferida dele, inclusive a nutricional. (Rosa vermelha)

[...] um paciente que fez uma cirurgia extensa, várias horas... agora ele não está num estado nutricional correto. (Estrela)

Então, eu tento abordar, olhar para o doente, identificar estado nutricional dele que é muito importante na nossa avaliação aqui. (Violeta)

Hoje a dor é fator de muita expressão na avaliação do doente, sendo considerado o quinto sinal vital. Sabe-se que os elementos desencadeantes do processo doloroso liberam agentes químicos capazes de provocar retardo no processo cicatricial e alterar a cascata de eventos humorais do cliente.

Segundo Barcat, Fernandes Junior e Silva (2000, p. 147), “a dor em pacientes com câncer deve ser tratada e controlada satisfazendo às necessidades do doente e dos familiares envolvidos, oferecendo suporte e apoio emocional”.

Atualmente essa abordagem não está ligada somente ao conforto, mas é fator importante para o restabelecimento do doente, já que, em oncologia, esse fato ganha destaque, pois o câncer é reconhecidamente a doença crônica mais temida pelo sintoma da dor, e está associado ao conceito de sofrimento incapacitante.

Este fato justifica, inclusive, os avanços de pesquisa na área farmacológica, que busca medicamentos de analgesia e demanda capacitação de profissionais especializados na Clínica da Dor, com utilização de instrumentos desde os mais sofisticados até os mais simples, como a escala visual analógica da dor utilizada por toda equipe multiprofissional. (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000).

No âmbito da enfermagem, esse aspecto demanda um processo de avaliação nem sempre fácil, por tratar-se de fenômeno subjetivo exigindo uma qualificação capaz de fazer estimativas de sua intensidade, uma vez que podem ser parcialmente quantificadas através de técnicas apropriadas. Esse aspecto é especialmente valorizado no momento de realização dos procedimentos de avaliação e renovação de coberturas das feridas, por tratar-se de manipulação possivelmente dolorosa ou desconfortável.

Essa temática foi referida em oito das treze entrevistas através de relatos por parte dos sujeitos, conforme apresentado a seguir:

[...] uma das características importantes é você avaliar a intensidade da dor, como está a condição de dor. (Topázio)

[...] você tem uma lesão lá, mas por que está com dor? Ah, atingiu a epiderme! Vai doer! (Estrela)

[...] se ele percebe, se repuxa, se ele sente dor, então são sinais que para mim não são evidentes, mas são sintomas que ele pode me passar. (Raio de sol)

[...] fazendo assim com a mão, sentia muita dor também, isso é um fator importante para fazer o curativo, você perguntar se o paciente está sentindo dor; que você precisa prestar atenção! Se o paciente sente dor, você tem que se programar para fazer um analgésico antes de fazer o curativo e após. (Perfume)

A unidade temática denominada “A relevância do fator odor” está diretamente relacionada a um dos principais aspectos a se considerar na avaliação de feridas: o controle do odor. Sua presença significa uma contagem alta de colônias de bactérias no leito da ferida, traduzida por um processo inflamatório em curso. Também pode indicar a presença de patógenos multirresistentes e dos tipos aeróbio (Proteus, Pseudomonas) e anaeróbio (Clostridium, Enterococos faecallis), muito comuns em tecidos necróticos como os tumorais. (SILVA; FIGUEIREDO; MEIRELES, 2007).

O odor também é considerado fator de isolamento social do cliente, afetando inclusive suas capacidades laborativas, familiares e sexuais, provocando sentimentos dos mais diversos, tais como: o sofrimento ligado à sensação de perda de dignidade e da independência, estigmatização pela presença da ferida assinalada pela presença contínua do odor, entre outros sentimentos que desgastam emocionalmente o cliente.

Assim, verificou-se que, pelo menos, metade dos entrevistados fez referência a esse sinal tão comum no universo da oncologia.

[... porque em geral ele nega, ele rejeita a ferida pelo odor, tem medo, então isso me preocupa muito. [...] a gente fica mal quando abre uma ferida horrorosa com mau cheiro. (Violeta)
[...] que horas a ferida costuma incomodar mais, se o odor incomoda. (Sem nome)

[...] em área de cavidade oral, ele é séptico, então precisa ter um cuidado com o odor. (Mara)

Tem cuidados que a gente faz com o paciente que tem um odor característico, ele mesmo sente que ele não é agradável [...] você cuida de uma colostomia com odor, mas que naquele momento você age como profissional e sabe que aquilo faz parte da sua vida e faz parte da vida dele. (Topázio)

Atualmente as cirurgias oncológicas têm caráter preservacionista em relação às ablações. Porém, anteriormente, os procedimentos cirúrgicos em oncologia previam grandes ressecções, que incluíam não somente o sítio tumoral com margens alargadas, mas a retirada de cadeias linfáticas e órgãos vizinhos. Esta situação levava a mutilação, deformidades

diversas, amputações, as quais provocavam alterações na imagem corporal dos clientes acometidos. (MURAD; KATZ, 1996).

No entanto, com o advento da especialidade em cirurgia oncológica, as pesquisas com linfonodo sentinela e a participação da cirurgia plástica para as reconstruções, as deformidades podem ser minimizadas de forma eletiva. Todavia faz-se mister lembrar que há determinados recursos de tratamento oncológico que igualmente alteram a imagem corporal do cliente, como as estomias, cateteres de implante central, entre outros artefatos e procedimentos. (BRENTANI; COELHO; KOWALSKI, 2003).

No caso das feridas, elas também proporcionam distorção da auto-imagem, o que reflete a degenerescência visível, constituindo um problema de difícil manejo para toda a equipe multiprofissional, tanto no que se refere ao ser humano que é cuidado quanto no que tange ao profissional cuidador, o qual sofre influência de uma sociedade que cultua o corpo belo e perfeito, é uma situação determinante de desgaste energético referente aos esquemas mentais do diagnosticistas, conforme exposto nas falas a seguir:

[...] porque é difícil você sair na rua e ser apontada como algo diferente, sem um olho, sem um nariz, sem uma metade da boca... Então isso aí, que o rosto é um cartão de visita, lógico que é porque é importante você estar olhando para outra pessoa. Esses são os portadores de tumores de cabeça e pescoço além do odor, a dor e a deformação. (Mara)

Era uma pessoa que rejeitava terminantemente a situação de amputação, era uma possibilidade que não existia para ele. (Violeta)

Quando eu vi a cirurgia proposta que era uma tentativa ou de reconstrução, ou de amputação, eu já imaginei que era uma coisa grandiosa. Foi a primeira coisa que veio na minha cabeça. Porque amputação geralmente, ou é um tumor de grande volume, ou com uma grande invasão. (Flor)

Um dos principais objetivos na assistência aos indivíduos acometidos por feridas é a promoção do conforto. O atendimento dessa necessidade se inicia desde o momento avaliativo na coleta de dados, incluindo o momento de retirada da cobertura para observação direta até quando o cliente tem alta ou um desfecho final para sua problemática de saúde. E no contexto da oncologia essa preocupação ganha maior relevância, pois a clientela já está sensibilizada pelo o estigma da doença, pela a agressividade da terapêutica e, em muitos casos, pela falta de esperança quanto à cura. (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009).

Por conseguinte, no contexto do cuidado paliativo hoje se preconiza um conjunto de medidas que visam à promoção da qualidade de vida, ao conforto do ser humano e à manutenção da dignidade humana do indivíduo portador de uma doença crônica sem possibilidade de cura atual, e não como o prolongamento artificial da vida. Ainda segundo esses autores, o sucesso do cuidado paliativo requer atenção de todos os aspectos do

sofrimento do paciente. Nesta perspectiva, o enfermeiro especialista em oncologia refere considerar a possibilidade de promoção do conforto já no momento avaliativo, conforme os recortes de fala a seguir:

[...] penso muito em conforto; eu passo para a avaliação da ferida propriamente dita e do que eu vou precisar de material, de equipamento e de qual a previsão que eu preciso para fazer esse curativo. Então é claro, vou fazer quantos curativos forem necessários, mas a ideia é dar conforto para esse paciente. (X Nurse)

Então, não adianta você querer tratar uma ferida, porque eu acho que em primeiro lugar, eu tenho que dar o conforto para o paciente. (Flor)

Eu tenho que saber como essa ferida se manifesta nele, como é que interfere, se ele sente algum outro desconforto. (Sem nome)

[...] preciso saber o que a minha avaliação também pode ajudar ou interferir nesse tratamento, com vistas a melhorar a qualidade de vida do cliente, sempre tendo em meta o que eu posso ajudar para oferecer qualidade de vida para o meu cliente. (Estrela)

Nesta categoria analítica o destaque foi para a especificidade do cliente oncológico, no qual alterações bioquímicas, imunológicas, fisiopatológicas, a dor, o odor, a mutilação, entre outros aspectos estão presentes no quadro de saúde, interferindo no cuidado para viabilização da cicatrização da ferida. Os aspectos levantados pelos enfermeiros são determinantes desafiadores para a elaboração do raciocínio clínico do enfermeiro especialista.

2ª Categoria: A relevância do conhecimento teórico-prático avançado para a elaboração mental avaliativa do enfermeiro

Um dos objetivos deste estudo é reconhecer o modelo de elaboração mental avaliativa na situação do cuidado a clientes com doença oncológica e portador de feridas. Para tal, considerou-se fundamental que fossem identificadas as ferramentas cognitivas e atividades da mente utilizadas para essa elaboração. Portanto, esta categoria analítica buscou atingir tal objetivo, discutindo a relevância do conhecimento teórico e prático construído e reconstruído continuamente pelos enfermeiros para cuidar do cliente em tela. Infere-se também que nesta categoria será discutida a expressão dos sujeitos acerca da utilização do conhecimento para o levantamento de dados ou “*assessment*” e investigação.

Segundo Carnevali e Thomas (1993), a utilização do conhecimento é uma ferramenta essencial para a construção do raciocínio clínico diagnóstico. Ainda, segundo essas autoras, realizar um diagnóstico de enfermagem acurado depende do conhecimento teórico adquirido

pelo diagnosticista, de seu conhecimento clínico e de sua experiência em situações específicas. Afirmam também que a perícia depende também da habilidade em utilizar os processos mentais.

As entrevistas revelaram oito unidades temáticas, conforme apresentado no Apêndice C, as quais apontaram para “O reconhecimento da importância da capacitação teórico-prática avançado para o desenvolvimento do raciocínio clínico diagnóstico” e “A importância do conhecimento específico na área de feridas para a investigação diagnóstica”. Assim, segue a discussão da categoria baseada nas unidades temáticas apreendidas.

Para Benner (2001, p. 32), “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre princípios, em situações da prática real, sendo a experiência, portanto, necessária para a perícia”.

No universo da oncologia, essa afirmação, que segue o Modelo Dreyfus de Aquisição de Competência, é uma realidade. Porém, os especialistas entrevistados demonstraram uma competência muito particular que pode não fazer parte de conhecimentos formalmente identificados: os comportamentos tipos. Este tipo de competência foi citado várias vezes pelos sujeitos quando exemplificavam situações nas quais referiam uma previsão no seguimento dos acontecimentos.

Benner (2001) descreve essa competência à luz da psicologia da Gestalt, que define tal comportamento como aquele desenvolvido em situações muito peculiares e que gera ações precisas, como as vivenciadas em oncologia. Esses “comportamentos” remetem à forma como enfermeiros tentam desenvolver um sentido do “possível” para os seus doentes, mesmo nas circunstâncias mais críticas. Essa capacidade adquirida pelo enfermeiro é resultado de todo um leque de respostas, de significados e de reações destinados a fazer frente às situações mais extremas. (BENNER, 2001).

As falas a seguir são exemplos de comportamento tipo:

Então, um paciente que às vezes apresenta sinais de lipotímia, o que eu vou prever que com essa lipotímia? Que o paciente pode cair e ter um TCE, ou de repente adentrar numa colostomia ou ter um prolapso absurdo e ter que ir para a cirurgia, de repente! Eviscerou! A gente lida com pacientes cirúrgicos, grandes cirúrgicos! O cara eviscerou porque caiu do leito, porque teve uma lipotímia! Mas se eu me antecipo a essa lipotímia, vamos ficar de tredelemburg, deita! Estou vendo que esse paciente não está normal! Eu conheço esse paciente! Eu estou do lado desse paciente!”(X Nurse).

Eu experimentei tanto e tantas vezes, que com certeza eu adquiri um conhecimento com relação aquilo, conhecimento tácito, é aquele que você tem advindo da sua prática só que eu não formalizei esse conhecimento. (Sem nome)

[...] numa traqueostomia de urgência, o que eu vou fazer? Primeira coisa, orientar esse paciente quanto a que? Não pode tirar essa cânula, só pode retirar o conjunto de cânula após 72 horas. Por quê? Se você remove esse conjunto, ele pode estenotar, ele pode se fechar.

Então isso eu já sei, porque eu já vivenciei na enfermagem eu não vou cometer esse erro.
(Mara)

Os enfermeiros entrevistados obedeceram ao critério de inclusão que estabelece um estado de competência classificado por Benner como cinco. Porém, mesmo sendo classificados como peritos, estes profissionais referiram enfaticamente a importância da capacitação formal e experimental, para o enfrentamento das situações de enfermagem em oncologia.

[...] você precisa estudar muito, ter uma especialidade para tratar desse doente, tem que ter bastante conhecimento, assim, um conhecimento aprofundado para tratar de um paciente desses. Não é qualquer um que pode fazer isso não. (Margarida)

Então em termos de parte científica, exige todo um conhecimento científico. No início quando eu comecei tinha muita dificuldade para o enfrentamento de algumas condições clínicas de pacientes. Quando você é recém-formado, a sua busca para cuidar do paciente é geralmente técnica e depois você vê que com o tempo não é só isso. Hoje, depois de quase 20 anos de experiência, eu posso dizer para você que a minha preocupação maior não é a melhor técnica do cuidado. (Topázio)

[...] qualquer procedimento que você vai fazer com o paciente, em especial o cuidado mesmo que é a linha do enfermeiro, você precisa saber fazer todo um processo para você estar prestando aquele cuidado! Ir da parte da graduação, você ver aquela parte toda de fisiologia, patologia, embriologia, e daí a parte de carcinogênese. (Perfume)

Só sabe aquele que fez muito; tem que buscar também aqueles que têm vivência, experiência prática há muito tempo, são os que fundamentaram a sua experiência prática com a ciência. (Sem nome)

Os sujeitos também referiram preocupação com relação custo-benefício já no momento avaliativo. Este é um comportamento próprio do profissional experiente em oncologia, que releva o diagnóstico diferencial do objeto de sua avaliação, no caso, o cliente com doença oncológica e portador de uma ferida. Esta preocupação repousa no fato de levantar dado acerca da possibilidade de cura na situação atual do cliente avaliado.

O conceito de relação custo-benefício em oncologia envolve a utilização de tecnologia de alto custo, aumenta o tempo de enfermagem, tempo de internação do cliente e geração de expectativa nele e em seus familiares. Por tratar-se de tratamento de alta complexidade, assim como o envolvimento de diversos mecanismos de reabilitação, o câncer é considerado doença de nível de prevenção terciária a quaternária. (BARACAT; FERNANDES JUNIOR; SILVA, 2000).

Portanto, é de suma importância que o profissional, ao acessar seu esquema mental para planejar o cuidado ao cliente em tela, elabore um raciocínio que considere a questão do custo-benefício, tão relevante em uma sociedade capitalista e consumista com a que estamos inseridos.

Esta análise é caracterizada pelas falas apresentadas a seguir:

[...] se eu for colocar algum determinado produto, alguma coisa que eu vou utilizar naquela ferida, que consequências aquilo vai ter. Porque um paciente oncológico não é uma regra. Não é uma regra do outro paciente comum. Por exemplo, vai colocar isso em cima de um sarcoma, de um paciente com uma necrose tumoral, aquela necrose que está ali é uma proteção para diminuir o sangramento! (Flor)

[...] eu tenho que ter o conhecimento de toda a base oncológica, da fisiologia da doença oncológica, assim como tenho que ter o conhecimento dos curativos, qual o momento que eu tenho que aplicar, qual o curativo, qual a melhor forma, eu tenho que saber as fases de cicatrização da ferida; teria que avaliar também, inclusive o que o hospital me fornece, onde ele está internado. (Raio de sol)

[...]hoje em dia se eu pegasse uma ferida naquela extensão eu saberia me manter no salto, a minha experiência me facilita cuidar da ferida. (Violeta)

Os sujeitos desta pesquisa referiram, de forma absoluta, que a afecção oncológica com todas as suas implicações, é a primeira consideração realizada quando avaliam feridas em um cliente com câncer. Porém, os peritos entrevistados revelam organizar sua elaboração mental avaliativa a partir de uma observação difusa que inclui a demanda oncológica, para depois realizarem uma observação focada na ferida e todas as suas repercussões.

Esse fato é ratificado por Dealey (2001, p. 10), quando refere que

quando cuidamos de pacientes com feridas – de todos os tipos – é importante que adotemos uma abordagem holística, pois há muitos fatores que afetam a cicatrização. Se forem levados em conta no preparo do histórico e na avaliação do paciente, será possível mitigar alguns de seus efeitos.

Desta forma, os sujeitos conferem importância à capacitação formal para avaliação e tratamento de feridas. Nesta temática, referem o conhecimento da responsabilidade técnica ao cuidar de feridas, a importância da acurácia na avaliação da ferida e o conhecimento para seleção e habilidade para o manuseio da tecnologia aplicada ao tratamento de feridas.

[...] a gente tem aí cursos de pós-graduação para tratamento de feridas, para prevenção de feridas, então você pode até se especializar nisso. Você tem já há bastante tempo um curso de capacitação, que é de especialização, em estomaterapia, então em primeiro lugar eu penso que esse enfermeiro tem que estar capacitado. (Sem nome)

Há 20 anos atrás, quando eu era somente uma técnica, eu tinha um olhar clínico diferente de uma ferida, ou daquela ferida tumoral. Depois que eu fiz uma especialização em oncologia, buscando aprender... Ainda não satisfez... Foi necessário eu buscar a especialização, na área de feridas e estomas para satisfazer este meu saber! O conhecimento científico é a base de tudo! Até para eu me respaldar perante o que eu estou fazendo, para eu me justificar. Hoje eu sei que, além de avaliar o paciente, processo de avaliação especificamente de ferida você faz toda uma mensuração, você faz toda uma avaliação específica de tudo, da ferida e peri-ferida, como você vai tratar... ou, que tipo de tecnologia você vai usar. (Estrela)

[...] eu acho que você tem que ter muito conhecimento, para atender um doente desse. E o que mais me levou a estudar feridas nesse paciente, foi justamente por ser uma coisa bastante complexa, assim, um conhecimento aprofundado para tratar de um paciente desses. (Margarida)

Segundo Paulo Motta (2001), o desempenho da equipe relaciona-se não só com as condições físicas, os instrumentos de trabalho e as habilidades humanas, mas também com a

forma pelas quais as pessoas pensam, aprendem e interagem. Se considerarmos que desempenho é uma ação concreta em um determinado contexto, a competência individual, então, refere-se às qualificações requeridas para a realização de determinadas tarefas, incluídas todas as características potenciais do indivíduo para o progresso da função, no serviço e em sua profissão.

Assim, vale ressaltar que os contextos produtivos se alteram rapidamente, pois a velocidade das mudanças tecnológicas gera desequilíbrios constantes entre qualificações e talentos. Nesse sentido, concordo com Motta (2001, p. 121), quando afirma que “As competências evoluem e se desenvolvem com a experiência, mas nenhuma é definitiva: todas se tornam rapidamente obsoletas, necessitando de atualização permanente. Assim, a competência principal de uma pessoa é permanecer competente”.

Motta (2001) também assinala que a necessidade de desenvolvimento compreende a auto-estima, a auto-realização e a adaptação positiva e satisfatória ao ambiente de trabalho. Essa necessidade está diretamente relacionada à motivação. Esse grau de vontade e dedicação para o bom desempenho de uma tarefa é identificado como um processo psicológico cuja energia deriva de um conjunto de aspirações, valores, desafios e sensibilidades individuais.

A necessidade de desenvolvimento é referida pela totalidade dos sujeitos, apresentando-se como instrumento cognitivo importante para a acurácia no desempenho da situação de enfermagem em questão neste estudo.

[...] quando você estuda, quando você busca e corre atrás para estar se atualizando, é uma coisa, você tem uma mente diferente! Eu busquei muitos artigos da Universidade Federal de Santa Catarina, eu li muitos artigos que me davam diretrizes para fazer um estudo comparativo, uma revisão bibliográfica para ver como que é o cuidado dos profissionais como um todo e o cuidado dos enfermeiros. (Perfume)

A minha construção profissional passa por essa inquietude! Essa minha insatisfação com meu nível de conhecimento. Sempre acho que tem mais para aprender. Para apreender o conhecimento teórico científico, aquele que a gente pega do livro, dos artigos que a gente vai buscar, esse conhecimento embasa a nossa prática, o caminho da pesquisa, das publicações científicas, das especializações *strictu sensu* e *latu sensu* são essenciais para o crescimento e para o fortalecimento da categoria. (X Nurse)

[...] ter um curso de especialização sim, acho que eu busco isso sim, eu acho que as pessoas têm que buscar porque eu só fui ter esse saber buscando a especialização, então é isso que diferencia Fiz oncologia, uma de estomatoterapia e estou fazendo outra especialização. A busca do saber... E eu quero fazer uma no que vem que é geriatria e gerontologia, que exigem especificidades. (Estrela)

E que cada dia eu sei que eu preciso estudar mais, ler mais para saber mais. E é um aprendizado contínuo, eu estou aprendendo todo dia. Então por isso eu aprendi que não é fórmula de bolo não. A minha experiência me mostrou isso. Que está bem além do que a gente pensa. (Turmalina)

Nessa categoria verificou-se a importância do conhecimento para cuidar do cliente acometido de doença oncológica e portador de ferida com qualidade. Esta referência foi feita

ao conhecimento formal, isto é, aquele que se adquire em livros, em cursos de capacitação, em cursos de atualização, através de leituras de artigos científicos, ou por via de um conhecimento menos formal, ou seja, aquele que se adquire a partir do envolvimento com a prática profissional. Isto é, as observações empíricas retiradas da vivência do cuidado prestado a vários clientes, o saber – prático, a intuição e a inquietação diante do desconhecido. Essas conclusões estão em acordo com Alfaro-Lefevre (2005, p. 46) quando afirma que: “conhecimento e pensamento crítico (o que, porque), habilidades técnicas e interpessoais (como) e cuidados (desejo, capacidade) se unem, o processo de enfermagem passa a ser uma força propulsora dos cuidados qualificados”.

Todas essas situações são substratos indispensáveis para a elaboração do raciocínio clínico.

3ª Categoria: A construção da elaboração mental para o raciocínio clínico diagnóstico do enfermeiro

A análise desta categoria buscou discutir a aplicação do raciocínio clínico como uma dimensão da inteligência no momento em que os enfermeiros avaliam feridas em cliente com afecção oncológica. Assim, foram redigidas onze unidades de significação (APÊNDICE C) que geraram os dois núcleos temáticos que compuseram esta categoria (APÊNDICE D): “A capacidade de elaboração mental e metacognitiva” e “as etapas de elaboração mental para a coleta e tratamento de dados”.

Nesta perspectiva, os sujeitos evidenciaram que realizam a construção do raciocínio clínico diagnóstico através do cumprimento de suas etapas, apesar de demonstrarem pouca intimidade com os conceitos e a ordem que compõem o algoritmo de elaboração de raciocínio clínico. Esta constatação aconteceu devido à expressão de dúvida captadas várias vezes durante algumas entrevistas.

No recorte das falas apresentadas a seguir, é possível verificar a dúvida e a incerteza presente nos discursos dos sujeitos:

[...] não sei se eu estou conseguindo atender o que você quer da pergunta.
(Topázio)

Bem, em primeiro momento eu penso, eu avalio o caso... Não sei se estou sendo muito clara, não sei se eu consegui responder o que você me perguntou. (Turmalina)

Mesmo assim, os enfermeiros revelaram em seus depoimentos a importância do planejamento mental e do raciocínio crítico como condição fundamental para uma avaliação acurada. Nesta situação clínica em questão, é pertinente referir a definição de Lunney apud Da Cruz et al. (2007, p. 128):

a definição conceitual de acurácia do diagnóstico de enfermagem foi baseada no pressuposto de que há ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações clínicas, além dos que são altamente acurados. Isto é, além de um diagnóstico altamente acurado, outros diagnósticos são aceitáveis com base nos dados existentes. Assim, a acurácia de um diagnóstico não é uma qualidade dicotômica - a acurácia é um *continuum*. A acurácia envolve o esforço de diferenciar um diagnóstico dos outros diagnósticos possíveis para chegar ao diagnóstico que melhor expressa os dados disponíveis em dada situação.

A análise evidenciou que os enfermeiros especialistas em oncologia valorizam o raciocínio clínico como uma relevante ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem. As falas apresentadas a seguir evidenciam esta análise:

[...] então, aplico meu raciocínio, que é quando eu utilizo todo o meu conhecimento dentro de qualquer situação que eu esteja avaliando e eu crio um diagnóstico, ou alguns diagnósticos de enfermagem. (Raio de Sol)

A gente vai tratar dessa maneira, vai ser avaliado dessa maneira... Volto novamente ao conhecimento científico! Conhecimento de cirurgia, de radioterapia e de feridas... Você tem que ver o que é melhor naquele momento! (Estrela)

Eu não estou ali para chegar junto do paciente jogar um soro fisiológico e colocar uma cobertura. Não somente isso, eu preciso avaliar o que eu preciso trabalhar, eu acho que é o start principal. Por exemplo, se ele está internado, até para um banho que ele vai tomar ou uma posição que ele não precisa ficar; a avaliação tem todo um processo de etapas. (Rosa Vermelha)

[...] mesmo eu tendo feito o curativo ontem, mesmo que tenha sido eu que tenha feito ontem. Ainda assim, quando eu abrir hoje eu vou avaliar de novo, porque de ontem para hoje as coisas podem ter mudado ou não. E isto caracteriza um cuidado científico e de qualidade. (Flor)

Através da análise destas falas verifica-se que os sujeitos incorporaram um modo científico de atuar e percebe-se que há um movimento que aponta para a priorização investigacional que inclui inicialmente o “*assessment*” e o consequente estabelecimento de situação de doença do cliente avaliado, realizados através de sua principal ferramenta que é o raciocínio clínico. Ou seja, os sujeitos relevaram em seus discursos a importância do cumprimento das etapas investigacionais preconizadas pelo processo de enfermagem, utilizando a construção do raciocínio clínico diagnóstico como ferramenta para esta elaboração.

Os sujeitos demonstraram que utilizam intencionalmente este raciocínio de forma metódica, organizada, auto-regulada, e que elaboram pensamentos acerca dos próprios pensamentos. O material analisado evidencia que os sujeitos apresentam capacidade metacognitiva, a qual é um fator fundamental para a aquisição de competência profissional.

De acordo com Lunney (2004, p. 36), a metacognição “é um instrumento para o auto-aperfeiçoamento”.

A fala selecionada a seguir exemplifica esta análise:

Qualquer procedimento que você vai fazer você tem que se organizar mentalmente! Você tem que ter todo um preparo, toda uma posição e se testar para saber até que ponto você sabe o que está fazendo e baseado no que está fazendo. É essa parte que é a metacognição. Acho que a gente tem que estar refletindo no que a gente faz e o que a gente fala, do que a gente vai dizer, mesmo porque isso é uma forma da gente se posicionar, frente à sociedade, frente ao nosso paciente. (Perfume)

Conforme assegura Lunney (2004), os diagnósticos de enfermagem são os resultados de um processo que envolve o uso de sete habilidades cognitivas utilizadas pelos pensadores críticos; estes por sua vez, detêm pelo menos dez hábitos da mente. Estes hábitos da mente são cultivados no mundo interno destes profissionais. Assim, as habilidades cognitivas são definidas como o contexto no qual os hábitos da mente são úteis.

Estas sete habilidades cognitivas referem-se ao exercício cartesiano de **analisar** as partes para descobrir as relações; **aplicar padrões** que refere um julgamento segundo regras sociais, profissionais ou pessoais estabelecidas; **discernimento** para reconhecer as diferenças e semelhanças e categorizar os dados; **busca de informações** na procura de evidências dos dados objetivos e subjetivos coletados; **raciocínio lógico** para realizar julgamentos apoiados por evidências; **predição** para antecipar as consequências de um plano; e por fim a **transformação de conhecimento**, que destaca a análise situacional, o contexto.

Este processo é dinâmico e contínuo, o qual possibilita a avaliação e reavaliação ininterrupta dos sujeitos e elementos envolvidos neste todo (LUNNEY, 2004). A fala a seguir exemplifica o modelo de raciocínio hipotético-dedutivo utilizado pelo sujeito na situação lembrada pela mesma, e, demonstra, ao mesmo tempo, a elaboração mental da análise das informações, a aplicação de padrões de avaliação e o discernimento do enfermeiro na situação clínica do cuidado ao cliente com ferida, desenvolvida num campo prático de internação destinado ao tratamento de clientes acompanhados pela equipe de uma subespecialidade da oncologia (Tecido ósseo-conectivo).

Um senhor que veio para fazer uma cirurgia, cujo objetivo era, ou um retalho pela plástica, ou ele ia amputar. Aí eu pensei: “bom, paciente da especialidade de tecido ósseo, quando eu abrir vai estar horrível e com odor.” (...) quando eu abri foi a maior surpresa que eu já tive: estava tudo granuloso! Se fosse outro paciente de outra clinica qualquer, você ia esperar aquilo ali. (Flor)

No decorrer desta mesma entrevista, a depoente refere que, após coletar os dados, realiza uma suposição e, no momento no qual realiza a observação direta, admite que errou,

pois esta observação focada na ferida mostra um quadro surpreendente e fora do padrão reconhecido por ela, demonstrando a habilidade de transformação de conhecimento, pois altera a natureza de um conceito estabelecido:

Quando ele chegou emagrecido, consumido, com uma ferida com um curativo grande, mentalizei uma situação, e erreí totalmente e aí, retomei ao meu raciocínio. (Flor)

Ainda na mesma situação clínica, esta depoente revela que utiliza a habilidade do discernimento para reconhecer diferenças e categorização dos dados:

[...] além de olhar o prontuário, ver exames e fazer agrupamento de dados, você tem que juntar as informações! Porque não adianta você ir lá e ver que um sarcoma esta sangrando. Ah tá, e daí? (Flor).

Além destas habilidades cognitivas aludidas por estes enfermeiros, os dez hábitos da mente emergiram nos discursos, os quais foram reportados por eles como “outras ferramentas do pensar”. Esses hábitos são reconhecidos como **confiança**, e se refere à própria capacidade de raciocínio; **perspectiva contextual**, que se refere à consideração “do todo”; **criatividade**, na qual se imagina alternativas com reestruturação de ideias; **flexibilidade** que é a capacidade de alterar pensamentos e comportamentos; **curiosidade**; **integridade intelectual**, relacionado à busca pela verdade de forma honesta, mesmo que contrária às próprias suposições e convicções; **intuição** que é uma sensação de saber sem o uso consciente da razão; **compreensão**, **perseverança** e **reflexão**, estes, envolvem contemplar a situação com propósitos de entendimento mais profundos.

Assim, como exemplo, a fala a seguir revela a utilização de alguns desses hábitos, como a confiança e a perspectiva contextual, no momento em que o sujeito utiliza as habilidades cognitivas de análise, busca de informações e raciocínio lógico no processamento da informação:

[...] eu tenho que convencer o meu paciente de que o meu trabalho técnico é benéfico para ele, por mais que ele pense o contrário. Então, se eu consigo convencê-lo a aderir o tratamento que eu proponho, então eu vou ter resultados muito mais positivos, E eu estou apostando que o resultado vai ser bom. E quase sempre a aposta é boa! (X Nurse)

Os enfermeiros entrevistados também demonstraram flexibilidade e reflexão no uso de suas habilidades cognitivas, como exemplificado no recorte de fala a seguir, na qual o sujeito revela a realização de conexão entre os conteúdos da memória de natureza teórica com os conteúdos da experiência ou clínica:

O enfermeiro tem que ser capaz de organizar e sistematizar, de sistematizar o seu trabalho! Saber avaliar, planejar, implementar e avaliar, inclusive considerar múltiplas possibilidades, pois as coisas se complementam, e verificar se me lembro também de outros casos semelhantes. O enfermeiro acaba estimulando muito essa memória, essa memória nossa de

armazenar conhecimento científico, conhecimento teórico e conciliar isso com as nossas experiências práticas, e fazer comparações!(X Nurse)

Estes enfermeiros também demonstraram curiosidade, pois revelam ânsia de saber por meio da busca de conhecimento, através da exploração de possibilidades e alternativas, conforme retratado na fala a seguir:

[...] a gente tem que ter aquela coisa que diz assim: vamos colocar uma pitadinha de sal, que é para aguçar o doce do bolo? Isso só sabe aquele que fez muito, porque é isso que vai te mostrar qual é o “pulo do gato”. O “pulo do gato” você aprende fazendo. Se eu não pensar eu não faço. Eu vou ter que aplicar a fórmula do bolo. Se eu não pensar eu vou fazer o que a receita do bolo manda. Aí eu raciocino: vou pensar quais são as minhas outras possibilidades com relação a isso aqui. (Sem nome)

No recorte da fala a seguir, é possível identificar características de compreensão e integridade intelectual como hábitos da mente, utilizados para a análise, discernimento e transformação do conhecimento:

Mas estou sempre reavaliando, você tem que reavaliar. E para mim esse retorno, deve ser feito todo plantão. É minha mente trabalhando o tempo todo porque eu me inquieto! E me inquietar faz parte! Do meu crescimento profissional, da minha construção como profissional! Eu penso isso! A minha construção profissional passa por essa inquietude. (X Nurse)

Ainda que, mesmo evidenciado o uso do raciocínio lógico, os enfermeiros também referiram a utilização de hábitos intuitivos da mente, contemplando desta forma, um modelo de raciocínio citado por Lee, Chan e Philips (2006, p. 60) “como do tipo intuitivo, pois considera outras perspectivas além das abordagens racionalistas estatísticas e hipotético-dedutivas no processamento das informações”, exemplificado nos recortes de falas apresentadas a seguir:

É através dessa exploração visual, como olfativa, como sensorial. E, você tem que ter o olho no olho do seu paciente. Olhar no olho daquela pessoa que tem a ferida! Porque é o teu olho dentro do olho dele que vai ler se ele está entendendo o que você está fazendo. A expertise é algo que vai além dessa capacidade de raciocinar. (Sem nome)

Há muitos pacientes que a gente não tem uma comunicação direta, que aparentemente não passam uma mensagem para você, em termos de palavra. Assim, tem que ter um feeling. Não é uma coisa que vem a toa! (Topázio)

Assim, através das falas, foi possível captar que, cuidar de um cliente com doença oncológica e portador de ferida envolve a mobilização de uma multiplicidade de recursos cognitivos que são organizados mentalmente pelas etapas do raciocínio clínico a fim de contemplar o processo de enfermagem. Verificou-se a alusão ao “*assessment*” com levantamento de dados em prontuário e com o próprio cliente através da entrevista e o exame físico. Constatou-se um olhar amplo e ao mesmo tempo focado para a problemática do

cliente, na qual se contextualiza aspectos sociais e emocionais, hábitos de vida, a problemática de base a fim de realizar um cuidado de qualidade e atender as necessidades requeridas pelo cliente. A fala selecionada a seguir retrata a articulação desses aspectos no momento avaliativo:

Então, eu vou realizar o exame físico dele, que vai me dar todas as questões que eu preciso para estar me subsidiando na avaliação daquela ferida. Após o meu exame físico e entrevista com o paciente, levando em consideração a doença oncológica que é uma doença que eu sei que a parte nutricional sempre é um fator que está afetado, e aí eu me reporto a Wanda Horta, eu imagino o sujeito como bio-psico-sócio-espiritual. (Raio de sol)

Então, caracterizada a elaboração mental dos enfermeiros entrevistados, foi possível identificar que esses profissionais atribuem importância ao seguimento das etapas de construção do raciocínio clínico avaliativo quando realizam suposições, inferências, procedem ao agrupamento de dados relacionados, identificam padrões, realiza formulação de hipóteses, para assim efetuar o julgamento clínico. Essa sucessão de atividades mentais consolida o profissional em sua “*expertise*”.

4ª Categoria: A importância da interação humana no contexto avaliativo do enfermeiro

Esta categoria trata da necessidade de se efetuar um inter-relacionamento eficaz entre os indivíduos envolvidos no processo de cuidar (profissional-cliente-família) a fim de se consolidar uma assistência de enfermagem científica, técnica, ética, humana e integral. A interação humana foi revelada pelos sujeitos como “intencionalmente” estratégica para o momento investigacional da situação de enfermagem proposta neste estudo.

O cuidado no contexto da oncologia articula questões como o preconceito e o estigma da doença, e, por conseguinte, permeiam este contexto questões da bioética, da antropologia, da sociologia, das teorias do cuidado de enfermagem, num universo de significados que traduz a vida na sociedade e, especialmente, nas situações que envolvam o binômio saúde-doença. Assim, não há como se pensar em situação de doença oncológica desvinculada da mediação da cultura, dos valores, dos costumes, das interações humanas, nos processos que envolvem esse acometimento com todo o seu simbolismo e significado biopsicossocial e até espiritual.

Na intenção de compreender a relevância da interação como estratégia avaliativa explicitada pelos sujeitos, considere adequado utilizar o modelo conceitual¹⁴ de Imogene King, nomeado como “Teoria de Alcance de Metas” para fundamentar as discussões desta categoria. Esta teórica atende ao metaparadigma¹⁵ da enfermagem quando introduz a teoria definindo seres humanos, enfermagem, saúde e ambiente. Conforme asseguram Moreira e Araújo (2002, p. 100):

A autora afirma que no seu modelo conceitual é possível identificar conceitos essenciais ao conhecimento da enfermagem enquanto disciplina. Permite também sua utilização como estrutura para desenvolvimento de um currículo para enfermagem e para implementar uma prática com base teórica que permita desenvolver um cuidado de qualidade aos indivíduos nos hospitais, ambulatorios e comunidades.

A Teoria de Alcance de Metas refere **saúde** como sendo um ajuste contínuo aos estressores no ambiente interno e externo pela otimização dos recursos da pessoa para alcançar um potencial máximo para viver. Desta forma, **enfermagem** é conceituada como percepção, pensamento, relacionamento e ação, frente ao comportamento dos indivíduos que vêm ao **ambiente** imediato e à realidade espacial e temporal, que compõe uma situação de enfermagem. Assim, esta teoria entende que a meta da enfermagem é ajudar o indivíduo a manter sua saúde para que, dessa maneira, ele possa desempenhar bem seus papéis, ou seja, é, sobretudo, o cuidado de seres humanos. (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

Nesse modelo, são considerados três sistemas abertos interatuantes: o sistema pessoal, o interpessoal e o social. Conforme asseguram os autores Moreira e Araújo (2002, p. 98): “a interação desses sistemas garante o equilíbrio individual e grupal, de modo que, quaisquer alterações em um desses sistemas podem repercutir nos demais”.

Assim, para descrever a Teoria do Alcance de Metas, King trabalhou com os conceitos de interação, percepção, comunicação, transação, self ou ego, papel, estresse, crescimento e desenvolvimento, espaço e tempo, claramente definidos e interrelacionados nestes três sistemas. Os conceitos relacionados nos sistemas pessoal, interpessoal e social fornecem uma rede conceitual sobre a qual repousa o modelo, traçando um emaranhado teórico que delimita cada sistema. (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

¹⁴ Um modelo conceitual é um arcabouço ou quadro de conceitos e proposições gerais e abstratas, que fornece uma estrutura de referência ou perspectiva distinta em um domínio de investigação específico. (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

¹⁵ Metaparadigma é o conjunto de conceitos-chave ou princípios fundamentais que compõem a disciplina. (AMENDOEIRA et al., 2003).

O sistema **peçoal** é o tipo de sistema compreendido por um indivíduo em um ambiente. Esse sistema engloba os conceitos de percepção, self ou ego, crescimento e desenvolvimento, imagem corporal, tempo e espaço.

A *Percepção* é definida como a representação do real de cada ser humano, e sua ação está voltada ao presente, baseando-se na informação disponível, de forma que os dados obtidos mediante os sentidos e a memória são organizados, interpretados e transformados. É um conceito importante para a enfermagem devido permitir o desenvolvimento de uma base de junção e interpretação das informações. A abordagem desse conceito traduz fundamental relevância na discussão da situação desse estudo, configurando como unidade de significação durante o processo de análise de conteúdo das falas. Esta unidade de significação foi citada duzentas e oito vezes por dez dos treze entrevistados.

O *Self* ou *Ego* é a concepção que o próprio indivíduo tem de quem e do que ele é. O *self* percebe, pensa, deseja, imagina, decide, identifica metas e seleciona as que pretende alcançar; todos unificados no sistema pessoal. Cada *self* é uma pessoa inteira, com crescimento e desenvolvimento na estrutura corporal e cognitiva humana. Este conceito refere-se em especial à interação do ser humano consigo mesmo ou auto-interação, e pode ser exemplificado através das elaborações mentais construídas de forma dialógica entre o “eu” e o “mim”, nos três mundos do indivíduo apresentados na Teoria Triárquica de Sternberg, já discutidos anteriormente nesse estudo: os mundos componencial, vivencial e contextual. (LUNNEY, 2004).

O *crescimento e desenvolvimento* são conceituados na teoria de Imogene King como algo que inclui mudanças celulares, moleculares e comportamentais nos indivíduos, ou seja, são os próprios processos de vida que podem alterar a imagem corporal. Tais conceitos são traduzidos nesse estudo como a fisiopatologia da doença oncológica e as alterações moleculares decorrentes, bem como seus reflexos.

A *imagem corporal* é definida como o componente integrante do crescimento e desenvolvimento que é influenciado pelo *self*. É a maneira pela qual as pessoas percebem, não só o seu corpo, mas também as reações dos outros à sua aparência. Este também é um conceito importante na discussão desse estudo, já que foi configurado como uma unidade de significação, pois foi citada por pelo menos seis dos treze entrevistados.

O *espaço* é universal porque todas as pessoas têm algum conceito de espaço, mas é pessoal e situacional, na medida em que é percebido pelas pessoas e alterado de uma situação para outra. O *tempo* é a duração entre um acontecimento e outro, sendo uma experiência única de cada indivíduo, pois seu conhecimento ajudará as enfermeiras no atendimento às suas

necessidades. Esse conceito também é relevante no cenário da doença oncológica, já que as necessidades do cliente são continuamente modificadas em função do avanço do quadro patológico e do cumprimento do plano terapêutico.

O sistema **interpessoal** retrata a complexidade das relações entre os indivíduos, e trabalha com os conceitos de interação, comunicação, transação, papel e estresse. Todos esses conceitos foram citados pelos sujeitos de forma expressiva, de modo que, cada um deles configurou como uma unidade de significação no processo de análise de conteúdo de suas falas.

As *interações* são os comportamentos observáveis em díades, tríades ou em grupos, em presença mútua. No processo interativo, dois indivíduos identificam metas e os meios para o alcance mútuo das mesmas. Desta forma, no contexto deste estudo, este conceito refere-se às relações entre o enfermeiro e o cliente, entre o enfermeiro e os familiares do cliente e o enfermeiro e os profissionais da equipe multidisciplinar. Assim sendo, foram contabilizadas cinco unidades de significação com quatrocentas e cinquenta referências, compondo esta quarta categoria em discussão.

A *comunicação* é um intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos, através da linguagem verbal ou não verbal. Este conceito também foi abordado de forma relevante, sendo referido cento e vinte e uma vezes por doze dos treze depoentes.

A *transação* é o comportamento humano dirigido a metas, no sentido de reduzir o estresse em uma situação. O *papel* pode ser definido como o conjunto de comportamentos esperados daqueles que ocupam uma determinada posição no sistema social. No contexto deste estudo este conceito traduz-se pelo desempenho do profissional, do familiar e do cliente.

O último conceito do sistema interpessoal é o *estresse*, e é definido como um estado de dinamicidade no qual indivíduos interagem com o ambiente em busca de um equilíbrio. Esse conceito também é referido nas falas dos sujeitos e foi traduzido em duas unidades de significação que foram citadas, cada uma, por onze dos treze depoentes.

O terceiro sistema que compõe a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King foi denominado por ela como sistema **social**. Este sistema relata a reunião de grupos com interesses e necessidades especiais, formando organizações e compondo sociedades. Os conceitos relacionados neste sistema são: organização, autoridade, poder, *status*, tomada de decisão e papel.

A *organização* é a forma pela qual as atividades contínuas são administradas para alcançar metas, e está associada ao conhecimento de autoridade e poder, cujos indivíduos e grupos são suas unidades sociais. E a *autoridade* foi conceituada como o poder para tomar

decisões que guiam as ações do *self* e de outros, sendo o *poder* uma característica da autoridade. O *poder* é o processo através do qual uma ou mais pessoas influenciam as demais numa determinada situação.

O *status* é definido como a posição de um indivíduo em um grupo e é percebida por outros indivíduos, podendo ser traduzido como o prestígio adquirido ao desempenhar um papel. E para King, *tomada de decisão* é um conceito situacional e dirigido a metas, que decorre uma ação ou resposta humana.

Verifica-se que esta teoria refere conceitos de relevância para o presente estudo, os quais contribuíram para facilitar o processo de apreensão do objeto de estudo e, conforme afirmação da própria autora: “a meta da utilização de seu modelo conceitual de sistemas é a saúde e que as funções desses sistemas são verificar ou observar nas relações recíprocas de indivíduos, como eles interagem e fazem transações com outras pessoas”. (KING apud MOREIRA; ARAÚJO, 2002, p. 100).

Assim, fundamentada nesses conceitos, posso inferir que o enfermeiro desempenha suas ações de interação consigo mesmo, com seu cliente, com os familiares do cliente e com a equipe multiprofissional que participa do tratamento global, realizando assim, suas ações de cuidado. E este processo de interação envolve a comunicação, a qual apareceu como unidade de significação, citada cento e uma vezes por doze dos treze sujeitos.

Verificou-se que, no ponto de vista dos sujeitos entrevistados, a comunicação é condição para que se construa um dos sistemas que o compõe a citada Teoria de Alcance de Metas, e que pode ser expressa verbalmente ou pelo não-dito. Esses aspectos são fundamentais para o entendimento, o trânsito e a fluência no cenário da oncologia.

Nesse sentido, os sujeitos apontaram que a efetividade do cuidado de enfermagem em oncologia repousa no sucesso da comunicação eficaz entre o cliente, o familiar e os membros da equipe que participarão do tratamento global. Isto é, quando ocorre uma interação entre os envolvidos no processo de cuidar:

[...] esse paciente vai precisar que eu explique a ele qual é o procedimento, se ele já conhece esse procedimento, se já foi feito antes, de como essa ferida vai ser tratada independente da origem dessa ferida. Se o paciente não compreende, se ele não aceita o que a gente faz o resultado não vai ser tão efetivo, isso é claro! A interação também é importante para o processo acontecer. (X Nurse)

Conversar com ele porque é daí que você consegue coletar alguns dados, é daí que você consegue captar, é daí que você consegue se comunicar, é daí que você consegue perceber, é daí que você consegue trocar. (Rosa Vermelha).

Desde o momento da coleta de dados, na qual se realizam a entrevista, examinam-se as bases de dados em prontuário e abordam-se os familiares, o enfermeiro “adquire um leque

de respostas, de significados e de comportamentos destinados a fazer frente às situações mais extremas” (BENNER, 2001, p. 34). E esse procedimento envolve o desenvolvimento de uma linguagem própria relativa às noções de ajuda, recuperação e disponibilidade de recursos necessários para o alcance do objetivo de efetividade do tratamento proposto.

Por conseguinte, Nakamura, Martin e Santos (2009) assinalam que o doente acometido por afecção crônica passa por uma lenta evolução de consciência de si, ressignificando, inclusive, a própria definição de doença, refazendo ou não sua sociabilidade. Nessa situação, destaca-se a dimensão do papel do enfermeiro como educador em saúde no processo de cuidar em oncologia através da oferta de informações acerca da doença, possibilidades e alternativas.

Esse “enfermeiro educador” é aquele que, através da comunicação com o cliente, consegue reconhecer seu modo de pensar e fazer certa predição de reações, avançando no processo educativo, levando em conta o que ele deve saber sobre sua condição, sem ferir sua auto-imagem, e mantendo-se sempre dentro da área de compreensão dele (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009). Essa afirmação é corroborada por Moreira e Araújo (2002, p. 98), quando apresentam o Modelo Conceitual de King e asseguram que: “as enfermeiras têm como funções ensinar, aconselhar e guiar indivíduos e grupos, ajudando-lhes a manter sua saúde”.

Porém, é também uma competência do especialista em oncologia avaliar o momento certo de abordar determinadas questões e de ensinar. A presença da doença oncológica afeta a fidedignidade dos relatos e da prontidão para o aprendizado, pois tanto o cliente como seus familiares podem estar profundamente afetados, racional ou irracionalmente, sobre questões como o próprio diagnóstico, a dor, capacidade funcional afetada, auto-estima e morte.

Nessa perspectiva, destacam-se duas falas para caracterizar a importância da comunicação, da educação, da orientação, no contexto da oncologia, em que se cuida de clientes também portadores de ferida:

[...] a minha orientação é importante, não só para o paciente, mas para a família. (Raio de Sol)

O tempo que ele está internado, ele acaba vendo mais a figura do enfermeiro. Então, acho que por ele se sentir mais a vontade, para perguntar, para pedir orientação. Eu sempre vejo por esse lado, o enfermeiro é um educador e para tanto precisa interagir, se comunicar. (Turmalina)

A importância do contexto familiar/social na condução da avaliação diagnóstica foi referida por onze dos treze entrevistados. Esse fato corrobora três aspectos relevantes: a expressiva relação entre a doença oncológica, a pessoa acometida por esta patologia e sua família; o pragmático papel do enfermeiro como educador em saúde; e a figura do

profissional de enfermagem como eixo central de articulação das ações multidisciplinares que ocorrem no tratamento oncológico global.

A afecção oncológica ainda figura no cenário popular como “aquela” doença que significa a perda do rumo que guia a trajetória de vida, ou seja, altamente estigmatizada e envolta de preconceitos nas quais se dilapidam as dimensões biopsicossocial das pessoas. Segundo Nakamura, Martin e Santos (2009), é uma experiência que com que aqueles que fazem parte do mundo da pessoa doente também reorganizem o seu próprio rumo, ao observarem a pessoa doente na experiência de reconstrução do seu mapa de vida.

Desta forma, o câncer ainda é remetido a um acometimento cercado de “signos” arquetipados pelas características culturais da população. A família é parte integrante de um ambiente que é composto de valores, símbolos e significados, a qual também compartilha e imprime ressignificações, da mesma forma que influencia e é influenciado pelo curso da doença e suas implicações.

Segundo Schumaker et al. apud Nakamura, Martin e Santos (2009), essa situação é tão significativa que um grupo de estudiosos realizou um trabalho sobre a compreensão da participação do familiar no contexto da doença oncológica. Os resultados do estudo apontaram para nove indicadores de habilidades do processo de cuidado familiar, utilizando padrões do cuidado durante a quimioterapia no tratamento oncológico, ressignificando o familiar como “o especialista” do cuidado, quando afirmam que “o cuidado familiar é fortalecido pela rede e suporte social formada por parentes, amigos e vizinhos”.

Tal consideração é fundamental para a elaboração mental do enfermeiro na situação clínica proposta por esse estudo. Relevar esses aspectos significa que o especialista é conhecedor da importância da efetividade da participação do familiar em todos os momentos do tratamento oncológico global que, por conseguinte, referem-se à consideração avaliativa para elaboração do diagnóstico de integridade da pele prejudicada pela própria doença oncológica. Essa abordagem é citada na Teoria de Alcance de Metas através dos conceitos de percepção, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento no sistema pessoal, e através dos conceitos de papel, interação, transação e estresse no sistema interpessoal. (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

Da mesma forma, já importam no momento avaliativo não apenas os significados das informações a serem coletadas pelos depoimentos dos familiares, mas também sua utilização como meio de alcance de resultados. Essa questão está expressa no referencial de King e mencionada por Moreira e Araújo (2002, p. 98), quando abordam o sistema pessoal: “a percepção é um conceito muito importante às enfermeiras por permitir o desenvolvimento de

uma base para juntar e interpretar informações, cuja ação está voltada ao presente e baseia-se na informação disponível”. Essa expressão está presente nos recortes dos discursos destacados a seguir, como unidade de significação mencionada setenta vezes por onze sujeitos:

Não adianta você fazer um curativo e a família não ter a mínima noção de como trata daquele curativo. Enquanto estou avaliando, eu observo como é que essa família vai ter condições de cuidar desse doente em casa. Eu observo a condição dessa família, então eu vou colocar um planejamento para eles, diariamente aqui, de três dias no máximo por conta disso. (Margarida)

Para eu poder conseguir implementar uma assistência de qualidade para ele, porque no ambiente hospitalar eu consigo dar uma assistência para ele de qualidade, mas fora daqui, eu tenho que saber quem vai ser o cuidador. (Turmalina)

[...] porque ele está perdido, e os cuidadores mais ainda, porque a minha atuação não é só em cima do paciente e sim dos cuidadores. (Mara)

Não adianta eu jogar um produto se o doente não tem condições de usar, ou o cuidador que não tem a cognição para saber usar. Então, tudo isso tem que levar em consideração. (Estrela)

Conforme já discutido neste estudo, o tratamento global oncológico somente pode ser desenvolvido com a participação de vários profissionais que integram a equipe multidisciplinar. Assim, o cuidado dispensado ao cliente acometido por afecção oncológica é composto por diferentes matrizes epistemológicas, sendo compartilhadas diferentes lógicas no decorrer do tratamento. (CORREA, 2003).

Nesse cenário, o enfermeiro é o elemento articulador das ações da equipe multidisciplinar, não somente no sentido de conscientizar a equipe quanto à individualidade e às demandas de cuidado, mas, conforme afirma Benner (2001, p. 135), “a enfermeira pode ser considerada coordenadora da gestão eficaz de situações de evolução rápida, de forma a dirigir as intervenções dos outros membros da equipe de saúde”.

Neste contexto, as relações convergem para um pensamento e uma atitude transdisciplinar, no sentido de abordar esse cliente em sua integralidade. Entenda-se que a visão transdisciplinar não é só a justaposição de conteúdos multidisciplinares. Ao contrário, vai, além disso, pois conforme conceito elaborado pelo Projeto Lappis (2008), que é um programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores de origem multidisciplinar, os quais auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde:

O profissional de saúde deve ter uma atitude, perante o seu usuário, de respeito e dignidade, e a transdisciplinaridade é o indutor desse movimento. Não é o quanto se tem de conhecimento acumulado, mas como é organizado para responder o sofrimento do outro e ser capaz de aliviar, de resolver e, inclusive, de identificar quais são os limites frente a isso.

É, portanto, imperativo ao enfermeiro conhecer, reconhecer e integrar-se nas ações dos outros membros da equipe de saúde, pois estas são capazes de modificar o curso da

elaboração mental avaliativa. Então, consciente desse fato, os especialistas referem essa relevância nos recortes a seguir:

[...] Implementar o meu cuidado, a minha orientação não só para o paciente, mas para a família, e para a equipe, se for necessário. (Raio de Sol)

O teu cuidado é disciplinar, mas o tratamento do paciente é multiprofissional! A partir do momento que você acha que o teu paciente vai precisar abrir um leque de outros profissionais que é isso que tem que ter, você está sendo multiprofissional. Você está trabalhando numa equipe, você precisa de outro, ou talvez nem multi, é interdisciplinar, é interdisciplinar! (Estrela)

[...] mas você precisa dos outros, como às vezes eu preciso. “Doutor, estou achando que aquilo ali tem alguma coisa errada!” Isso significa você avaliar o doente em conjunto com o cirurgião. Eu acho que o ideal seria até que tivesse um nutricionista junto. Você só cresce se você discutir. (Margarida)

As diferentes percepções e valores do enfermeiro e do cliente podem ser um fator que interferirá no curso do tratamento. Conhecer o conteúdo de pensar do cliente, ou seja, saber o que é a doença para ele e o que representa a sua doença para os outros pode ser uma ferramenta que torna eficaz o cuidado (NAKAMURA; MARTIN; SANTOS, 2009). Na abordagem teórica de sistemas interatuantes de King, este conceito é referido no sistema pessoal através do conceito *Self*. Assim, conforme asseguram Moreira e Araújo (2002, p. 99): “toda enfermeira e paciente tem um *self*, mas é a consciência desse que ajuda a tornar um indivíduo sensível”.

Assim, ciente desse fato, o enfermeiro reconhece a importância do estabelecimento de uma relação com o cliente, desde o momento investigacional. Tal interação apresenta-se como facilitadora no acesso de dados de diversos níveis para a elaboração dos vários julgamentos que são elaborados no decorrer do tratamento da doença oncológica. Essa abordagem é expressa por King quando adota o conceito de *Transação* no sistema interpessoal, e é referida por Moreira e Araújo (2002, p. 99):

Acontecem por ocasião da formação de díades no sistema interpessoal, em situações nas quais os seres humanos participam ativamente em eventos, e esta participação ativa nos movimentos/ações para alcançar uma meta, provoca mudança nos indivíduos, como a redução do estresse.

Esse movimento foi citado noventa vezes por onze sujeitos e esta análise pode ser evidenciada nas falas apresentadas a seguir:

O paciente trocar comigo, me perguntar e eu responder e eu perguntar e ele me responder é uma troca de informações para mim muito importante. Então, eu desenvolvo esse elo de interação com o paciente, essa aproximação com o interesse mesmo de que, além dele confiar em mim, dele me ver como uma pessoa, como um profissional competente, mas que ele realmente se veja parte do tratamento. (X Nurse)

Se você dá uma confiança a esse paciente, se você consegue transmitir isso, ele fica tranquilo, pois confia naquele profissional. Ele sente que você pode tratá-lo e até mesmo curar aquela ferida. (Mara)

Aí você cria até um elo, uma relação de confiança enfermeiro paciente, paciente enfermeiro. Se você chega assim, a pessoa já está sensível, aquela lesão, então você já vai fazendo aquele curativo às vezes dois, três dias, a pessoa já te conhece! Então você já fica até mais segura no como se comportar. (Perfume)

[...] a relação de conversa, de troca e relação, é lógico que tudo isso só interfere! (Rosa)

Em síntese, nesta categoria emergiram a importância da comunicação, da interação entre os vários indivíduos envolvidos no processo de cuidar do cliente, ou seja, ele mesmo, os enfermeiros, a equipe multidisciplinar e o familiar. Através da interação, como uma ferramenta imprescindível para a elaboração do raciocínio clínico diagnóstico, pode-se considerar o cuidado com qualidade e cientificismo. Desta forma, concordo com Lopes e Jorge (2005, p. 108), quando afirmam que: “a Enfermagem é uma profissão do cuidado da vida - agindo com profissionais de outras disciplinas, sendo que o cuidar requer interação transpessoal entre profissionais, com o cliente e família”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: A SÍNTESE DO QUE FOI REVELADO

Nos tempos atuais, em que o Processo de Enfermagem se estabelece como ferramenta essencial de qualquer abordagem de enfermagem, compreendê-lo em sua estrutura, além do produto do raciocínio e do julgamento clínico, tornou-se o foco da atenção de muitas pesquisas, revelando-se um tema complexo e importante para a profissão e, conseqüentemente, para o cuidado ao cliente, objeto de trabalho da Enfermagem.

Através deste estudo foi possível concluir que a atividade de avaliar feridas em cliente acometido por afecção oncológica representa uma situação clínica de complexidade. Para tal, são elaborados processos cognitivos estratégicos de alto nível, que deliberam o uso da metacognição para o alcance da eficácia nas ações que serão desenvolvidas em situações de cuidar/cuidado.

Este estudo evidenciou que os enfermeiros elaboram raciocínio clínico de alto padrão, articulando vários conhecimentos, habilidades e atitudes que lhes conferem capacidade de julgamento para empreender um cuidado baseado em evidências e de qualidade. Neste momento, faz-se relevante citar mais uma vez Gordon (1994, p. 147), quando infere que

o pensamento dos especialistas em oncologia é rápido e ocorre em memória do tipo avançada, o que lhes confere considerar um problema de enfermagem num nível mais profundo, utilizando a observação e a realização de inferências para compreendê-lo. Nessa sequência de elaboração mental, são capazes de construir julgamentos a partir de hipóteses por mecanismos analíticos de indução e dedução e por meios não analíticos, como a intuição.

Através da análise dos dados coletados, pôde-se constatar que os pensamentos e atitudes apreendidos nas entrevistas dos sujeitos corroboram a citação anterior, pois eles elaboram um processo cognitivo direcionado para a avaliação diagnóstica que mobiliza conhecimentos e experiências na especialidade de oncologia e na especialidade de feridas, os quais fundamentam e definem o resultado da intervenção. Na etapa inicial da elaboração mental diagnóstica, ao inventariarem dados para estabelecer a situação de saúde do cliente, os enfermeiros realizam a coleta de dados através de consulta em prontuário, procedem ao exame físico e mobilizam informações por entrevista com o próprio cliente e seus familiares, bem como com outros membros da equipe multidisciplinar envolvida na situação em questão.

Desta forma, constatou-se que, para articular essas informações coletadas, os sujeitos procuram acessar conhecimento semântico acerca da fisiopatologia da doença oncológica e de todas as suas implicações de morbidade e de terapêutica, fisiologia do processo de injúria tecidual e mecanismos de reparo, bem como a tecnologia disponível para procedê-lo.

Consideraram também, o conhecimento do processo saúde-doença à luz de estudos antropológicos que evidenciam a cultura como mediadora e privilegiaram a interação humana como ferramenta complementar da execução do cuidado em oncologia.

No que se refere ao exercício metacognitivo de pensar sobre a própria elaboração mental, este estudo concluiu que o enfermeiro executa as fases de raciocínio clínico e reflete sobre elas. Porém, alguns sujeitos demonstraram não ter apropriação consolidada com a linguagem utilizada para abordagem desta temática. Mesmo assim, demonstraram considerar as demais etapas de elaboração do raciocínio clínico além do levantamento de dados ou “*assessment*”, no sentido de alcançar eficácia na avaliação de feridas em clientes com afecção oncológica.

Nesta perspectiva, verificou-se inclusive, que os sujeitos realizam suposições e inferências, agrupam dados, identificam padrões e geram hipóteses. Também demonstraram considerar possíveis erros de julgamento e refletir sobre novas hipóteses a partir da reorientação da coleta de dados ausentes.

Porém, mesmo sem utilização de algoritmos ou regras formais, eles processam informações com uso da lógica e elaboram rapidamente construções do tipo hipotético-dedutiva. Avançam no modelo de pensar quando apresentam exemplos de situações nas quais reconhecem mudanças subtis apresentadas por esta clientela em especial. Esta descrição corresponde ao modelo de elaboração mental intuitiva. O uso da intuição também é reconhecido pelos próprios enfermeiros como componente importante no processo de tomada de decisão quando ressaltaram que além da experiência, contam com algo definido por eles como sendo de extrema subjetividade.

Assim, este estudo identificou que tal ocorrência acontece nas elaborações mentais dos sujeitos e se dá de forma rápida nas estruturas de memória responsáveis pelo acesso das informações antigas e das novas informações. Estas estruturas de memória articulam-se de modo a selecionar informações de um total já arquivado na estrutura de memória do tipo longo prazo ou “*long term*”, de forma a acessar conhecimentos do tipo semântico, clínico e procedimental, adquiridos em suas trajetórias de ensino formal e em suas experiências, bem como agregar as informações coletadas na nova situação de enfermagem, o que ocorre na estrutura de memória chamada “*working memory*”.

Esta articulação realizada de forma repetida através dos anos de experiência em situações clínicas nesta área particular do saber confere aos sujeitos o processamento de elaborações mentais, que envolvem memória de longo prazo como se fosse extensão da memória de curto prazo. Assim, após discussão dos dados coletados considero que o processo

mental dos peritos na avaliação de feridas em cliente portador de afecção oncológica caracteriza a memória do tipo qualificada ou “*skilled memory*”.

Conforme abordado anteriormente, o enfermeiro perito age com muita experiência, precisa de motivação e de recursos materiais e humanos necessários para fazer frente às contrariedades geradas pela situação clínica. Porém, esse comportamento de excelência detém premissas como a capacidade inata do profissional e de sua formação adequada. Neste momento, este estudo ratifica que pode contribuir para uma otimização da área de formação dos enfermeiros, através da socialização de seus resultados. Com efeito, tal contribuição poderá considerar a inclusão da disciplina de biologia molecular do câncer e o cuidado de enfermagem na grade curricular dos graduandos de enfermagem. Isso se deve, principalmente, a uma demanda estatística que refere que, em 2004, o câncer foi responsável por 141 mil óbitos no Brasil, diretamente relacionados à maior exposição dos indivíduos a fatores de risco cancerígenos. (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2006).

Aliado a esse fato, há o fenômeno de transição epidemiológica que, no cenário da saúde, traduz-se como uma mudança no comportamento da mortalidade e fecundidade, o qual determina transformações sociais, econômicas e culturais. Esses fenômenos revelam um envelhecimento da população e, paralelamente, a evolução e agravamento de morbidades como o câncer e as feridas crônicas. Nesse contexto, considera-se a doença oncológica como fator de risco para o surgimento de determinados tipos de feridas e para complicações como, por exemplo, a predisposição para o desenvolvimento de infecções.

Este quadro enfatiza a necessidade de formação mais ampliada dirigida à área de oncologia e sua estreita relação com a estomaterapia. Nesse sentido, destaca-se o papel do enfermeiro como educador em saúde acerca da adoção de medidas para prevenção e tratamento de feridas em clientes com afecção oncológica, o que certamente revelará impacto nos indicadores de morbidade e letalidade apresentados anualmente pelo Instituto Nacional de Câncer.

A afecção oncológica é considerada como uma doença que implica particularidades para o diagnosticista que utiliza a classificação NANDA. Neste sistema, que implica definição do diagnóstico, fatores relacionados e características definidoras, há vários diagnósticos em estreita relação com a doença oncológica. Como exemplo, os diagnósticos relativos à incontinência anal e urinária com prejuízo à integridade da pele e integridade da pele prejudicada, esta última, seja como característica definidora ou como fator relacionado. Nesse sentido, há de se elaborar um raciocínio clínico diferenciado para o alcance da acurácia diagnóstica.

Assim, sob a perspectiva da sistematização da assistência de enfermagem, este estudo pode aludir que o cenário de oncologia retrata os apontamentos de Lunney apud Da Cruz et al. (2007, p. 128), acerca do nível de acurácia dos diagnósticos de enfermagem: “a primeira característica da acurácia dos diagnósticos de enfermagem é julgada frente ao número de informações presentes em dada situação e não só frente aos dados selecionados como características definidoras”.

Desta forma, este estudo atenta para a linha da formação desses profissionais, pois essas transformações também atingem os modelos de educação em saúde vigentes, no sentido de demandar adequações ao momento atual de forma a contemplar o aprendizado metacognitivo como ferramenta de auto-aperfeiçoamento. Essas adequações propiciariam formar profissionais que conheçam seus limites, e estejam, dessa forma, à altura de oferecer excelência do cuidado direto ou sob a forma de educação em saúde.

A Liga Nacional de Enfermagem norte-americana considera que os programas de enfermagem devem medir o pensamento crítico como um critério de resultado para a acreditação dos serviços de saúde. Este, então, é o perfil do profissional em enfermagem anunciado pelo Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization como sendo necessário aos tempos modernos (BORK, 2005, p. 104):

Aquele possuidor de atitudes pró-ativas na identificação de oportunidades para promoção e documentação do cuidado, recomendação, implementação e avaliação das ações que trazem melhorias. E, para tanto, os enfermeiros precisam considerar cuidadosamente todos os aspectos envolvidos no cuidado, incorporando o pensamento crítico na busca ativa de resultados favoráveis.

Esse novo perfil profissional remete ao advento da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que compreende o enfermeiro como detentor de qualidades intelectuais específicas e avançadas, no sentido de poder elaborar diagnósticos e intervenções baseadas nas respostas humanas.

Sendo assim, concordo com Libâneo apud Peixoto, Brandão, Santos (2007, p. 69), que, em seu estudo sobre a aprendizagem do pensar e do aprender, afirma que

o que está em questão é como o ensino pode impulsionar o desenvolvimento das competências cognitivas mediante a formação de conceitos e desenvolvimento do pensamento teórico, e por quais meios os alunos podem melhorar e potencializar sua aprendizagem. Trata-se de saber o que e como fazer para estimular as capacidades investigadoras dos alunos, ajudando-os a desenvolver competências e habilidades mentais.

Esse estudo também acredita poder contribuir para a fomentação de produções e pesquisas sobre a temática referente ao raciocínio clínico na enfermagem, de forma a estimular o pensamento crítico do enfermeiro no sentido de imprimir mais importância para o conhecimento das etapas de elaboração do raciocínio clínico.

Neste sentido, sugiro que outras pesquisas sejam realizadas abordando este tema, como por exemplo, a partir dos resultados deste estudo descritivo e exploratório, seja considerada a possibilidade de se construir um esquema de elaboração mental avaliativa do enfermeiro para clientes com afecções oncológicas relativo à avaliação de feridas. Esse esquema deverá contemplar as considerações fundamentais para qualquer tipo de avaliação de enfermagem a clientes com doença oncológica, no sentido de estabelecer a situação de saúde do cliente em questão. Desta forma, teremos, a partir dessa premissa, um momento avaliativo com considerações individualizadas e holísticas, o que aumenta o grau de acurácia dos julgamentos clínicos no decorrer dessa avaliação, bem como dos diagnósticos de enfermagem na situação clínica em foco.

Além disso, sugiro que sejam desenvolvidos estudos relativos à abordagem da temática do raciocínio clínico na enfermagem, no sentido de aplicar à luz da oncologia a Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem de Lunney. Este método trata de uma escala de diferencial semântico desenvolvida por Margaret Lunney (Lunney Score Methode for Rating Accuracy of Nursing Diagnoses - LSM) e validada para o português (Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem de Lunney - EADE) para estimar a acurácia dos diagnósticos de enfermagem, o que remete ao alcance de intervenções eficazes para o cliente e ações efetivas no contexto do plano terapêutico global oncológico.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Pensamento crítico em Enfermagem**: um enfoque prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

AMENDOEIRA, J. et al. **Os instrumentos básicos na construção da disciplina da enfermagem**: expressões e significados. 2003. Disponível em: <www.chmt.min-saude.pt/.../PublicaçãoOnlineIBEInstrumentosBasicosdeEnfermagem>. Acesso em: 09 jan. 2010.

BARACAT, F. F., FERNANDES Jr., H. J.; SILVA, M. J. **Cancerologia Atual**: um enfoque multidisciplinar. São Paulo: Rocca, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2000.

_____. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2000 apud OLIVEIRA, D.C. **Análise de Conteúdo Temática**: uma proposta de operacionalização. Texto Didático e Instrumentos, 2005. Mimeografado.

BENNER, P. **From novice to expert**: excellence and power in clinical nursing practice. Coimbra: Quarteto, 2001.

BONASSA, E. M. **A Enfermagem em terapêutica oncológica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

BORK, A. M.T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BRANDÃO, M.A.G. **Uma visão metacognitiva das estratégias diagnósticas de enfermagem**. 1999. 191p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BRENTANI, M. M.; COELHO, F. R. G.; KOWALSKI, L. P. **Bases da oncologia**. 2.ed. São Paulo: Marina e Tecmed, 2003.

CARNEVALI, D.L.; THOMAS, M.D. **Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing** : the foundation for understanding the process of clinical judgment and critical thinking. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993.

_____. Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making in Nursing. Philadelphia: JB Lippincott, 1984 apud LEE, J.; CHAN, A. C. M.; PHILLIPS, D.R. **Diagnostic practice in nursing**: a critical review of the literature. Nursing and Health Sciences, v. 8, n. 1, p. 57-65, mar. 2006. Disponível em: <www.interscience.wiley.com>. Acesso em: 06 out. 2008.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 10.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CARVALHO, V. Dos princípios e proposições da observação sistematizada na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 24, p.30-46, 1971 apud BRANDÃO, M.A.G. **Uma visão metacognitiva das estratégias diagnósticas de enfermagem**. 1999. 191p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

CESARETTI, I. U. R. **Assistência em estomaterapia**: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 159/93**. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/>> Acesso em: 01 jan. 2009.

_____. **Resolução 240/2000**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 01 jan. 2009.

_____. **Decisão COREN-RJ nº 1372/2002**. Dispõe sobre a adoção de protocolos de referência mínima para prevenção, avaliação e tratamento de feridas por Enfermeiro no Estado do RJ. Portal do Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 01 jan. 2009.

_____. **Resolução 290/2004**. Fixa as Especialidades de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/>>. Acesso em: 01 jan. 2009.

_____. Câmara Técnica para Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Normas e Diretrizes para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições de Saúde Brasileiras**. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução 196/96**, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

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

DA CRUZ, D. A. L. et al. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Score Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnosis. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 127-134, 2007.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para enfermeiras. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

DECLAIR, V. Diagnóstico diferencial de úlcera de perna. **Rev. Enferm Atual**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 25, maio/jun. 2003.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP. **Glossary**. Disponível em: <<http://ecog.dfci.harvard.edu>>. Acesso em: 01 jan.2009.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

GALLAGHER, S. The human element of advanced technology. **Ostomy/Wound and Management**, v. 49, n. 4, p. 24-28, Apr. 2003.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, F. C. **Evolution of the man**. Research Institute on Man Evolution. Disponível em: <<http://www.humanevol.com/doc/doc200303030401.html>>. Acesso em: 20 set. 2009.

GORDON, M. **Nursing diagnosis**: process and application. 3.ed. USA: Mosby, 1994.

GORDON, M. The concept of nursing diagnosis. **Nurs. Clin. North. Amer.**, v. 14, p. 487-495, 1979 apud BRANDÃO, M.A.G. **Uma visão metacognitiva das estratégias diagnósticas de enfermagem**. 1999. 191p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

_____. **Nursing diagnosis: process and application**. 3.ed. USA: Mosby, 1994 apud CORRÊA, C. G. **Raciocínio clínico: o desafio do cuidar**. 2003. 175 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GORDON, M. et al. Clinical judgment: an integrated model. **Adv Nurs. Sci.**, v. 16, p. 55-70, 1994. apud BRANDÃO, M.A.G. **Uma visão metacognitiva das estratégias diagnósticas de enfermagem**. 1999. 191p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

GUIMARÃES, M. B. L. Intuição, pensamento e ação na clínica. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 17, p. 317-332, mar./ago. 2005.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2.ed. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **TNM: Classificação de Tumores Malignos**. 6.ed. Rio de Janeiro, 2004.

_____. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

_____. **Informe INCA, out 2009**. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 15 dez. 2009.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

KING, I.M. **A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process**. New York: Wiley Medical Publications, 1981 apud MOREIRA T.M.M.; ARAÚJO, T.L.. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a Teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 97-103, jan./fev. 2002.

LABORATÓRIO DE PESQUISA SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. A transdisciplinaridade propõe um 'borramento' das disciplinas e isso causa estranheza. **Boletim Integralidade em Saúde**. Disponível em: <www.lappis.org.br>. Acesso em: 03 out. 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LAWSON, C.; LYNN, J.; RATLIFF, C. R. Does sterile or non-sterile technique make a difference in wounds healing by secondary intention? **Ostomy/Wound Manage**, v. 49, n. 4, p. 56-60, Apr. 2003.

LEE, J.; CHAN, A. C. M.; PHILLIPS, D.R. Diagnostic practice in nursing: a critical review of the literature. **Nursing and Health Sciences**, v. 8, n. 1, p. 57-65, Mar. 2006. Disponível em: <www.interscience.wiley.com>. Acesso em: 06 de out. 2008.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural dois**. 4.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.

LIBÂNEO, J.C. A didática e a aprendizagem do pensar e do aprender: a teoria histórico-cultural da atividade e a contribuição de Vasili Davydov. **Revista Brasileira de Educação**, v. 27, p. 5-24, 2004 apud PEIXOTO, M. A.; BRANDÃO, M. A. G.; SANTOS, G. Metacognição e Tecnologia Educacional Simbólica. **Rev Bras de Educ Med.**, Rio de Janeiro, v.29, n. 1, p. 67-80, jan./abr. 2007.

LIMA, G.A.B. Categorização como um processo cognitivo. **Ciências & Cognição**, ano 04, v.11, p. 156-167, 2007. Disponível em: <www.cienciasecognicao.org>. Acesso em: 10 out. 2008.

LOPES, C.H.A.F.; JORGE, S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.

LOPES DA SILVA, A. L.; SÁ, I. **Saber estudar e estudar para saber**. Lisboa: Porto Editora, 1993 apud BRANDÃO, M.A.G. **Uma visão metacognitiva das estratégias diagnósticas de enfermagem**. 1999. 191f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LOYE D. The Sphinx and the Rainbow. London: New Science Library, 1983 apud LEE, J.; CHAN, A. C. M.; PHILLIPS, D.R. Diagnostic practice in nursing: a critical review of the literature. **Nursing and Health Sciences**, v. 8, n. 1, p. 57-65, mar. 2006. Disponível em: <www.interscience.wiley.com>. Acesso em: 06 out. 2008.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem**: estudos de caso e análises. Porto Alegre: Artmed, 2004.

_____. Measurement of accuracy of nursing diagnoses. In: PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of nursing Diagnoses**: proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: Lippincott; 1994. p. 281-284 apud DA CRUZ, D. A. L. et al. Adaptação para a língua portuguesa e validação do Lunney Score Method for Rating Accuracy of Nursing Diagnosis. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 127-134, 2007.

MAIN, S.; HATCHER, A.; MEEKS, E. Dressing the discomfort: managing radiation therapy-induced dermatitis. **Ostomy/Wound Manage**, v. 50, n. 4, p. 11-12, Apr. 2004.

MC CLOSKEY, B.C.; BULECHEK, G. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: a pesquisa qualitativa em saúde. 6 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Pesquisa Social**: Teoria, metodologia e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, M.A. **A Teoria de Educação de Novak e o Modelo de Ensino-Aprendizagem de Gowin**. Porto Alegre: IFUFRGS, 1993. (Série Ensino-Aprendizagem, n.4) apud LIMA, G.A.B. Categorização como um processo cognitivo. **Ciências e Cognição**, v. 11, p. 156-167, 2007. Disponível em: <www.cienciasecognicao.org>. Acesso em: 10 out. 2008.

MOREIRA, T.M.M., ARAÚJO T.L. O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a Teoria de alcance de metas de Imogene King. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 197-103, jan./fev. 2002.

MOTTA, P. R. **Desempenho em equipes de saúde**. Manual. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MURAD, A M.; KATZ, A. **Oncologia**: as bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J.F.Q. **Antropologia para enfermagem**. São Paulo: Manole, 2009.

NIETZSCHE, F. **Assim Falou Zarathustra**. São Paulo: Martin Claret, 2006.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2007.

OLIVEIRA, D.C. **Análise de conteúdo temática**: uma proposta de operacionalização. Texto Didático e Instrumentos, 2005. Mimeografado.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez.2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

PADILHA, M. I. C. S. **A mística do silêncio**: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Século XIX. Pelotas: Universitária / UFP, 1998.

PESUT, D.J.; HERMAN, J.A. **Clinical reasoning**: the art and science of critical and creative thinking. Albany: Delmar, 1999 apud GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Nursing process: application to the professional practice. **OBJN**, v. 3, n. 2, 2004 [Online]. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm>. Acesso em: 01 jan.2009.

POLIT, D. F; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RODEHEAVER, G. Controversies in a topical wound management. In: **WOUNDS**: a compendium of clinical research and practice. **Long Beach-California**, v.1, n. 1, p. 19-27, Apr. 1989.

SCHUMAKER, K.L. et al. Family caregiving skill: development of the concept. **Research in Nursing & Health**, v. 23, p. 191-203, 2000 apud NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J.F.Q. **Antropologia para enfermagem**. São Paulo: Manole, 2009.

SIBBALD, M.D. Intact Skin: an integrity not to be Lost. **Ostomy/Wound and Management**, v.49, n. 6, p. 27-41, June 2003.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

SIQUEIRA JÚNIOR, J. F.; DANTAS, C. J. S. **Mecanismos celulares e moleculares da inflamação**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA. **O que é estomaterapia**. Disponível em <<http://www.sobest.org.br/>>. Acesso em: 01 jan. 2006.

STERNBERG R.J. The triarchic mind: a new theory of human intelligence. New York: Penguin Books, 1988 apud LUNNEY, M. **Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análises**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. SAE - **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Koogan, 2008.

TAYLOR C. Clinical problem solving in nursing: insights from literature. **J Adv Nurs**, v. 31, n.4, p. 842-849, 2000 apud CORRÊA, C. G. **Raciocínio clínico: o desafio do cuidar**. 2003. 175 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

THOMPSON, C. A conceptual treadmill: the need for ‘middle ground’ in clinical decision making theory in nursing. **J. Adv. Nurs.**, v. 30, p. 1222-1229, 1999 apud LEE, J.; CHAN, A. C. M.; PHILLIPS, D.R. Diagnostic practice in nursing: a critical review of the literature. **Nursing and Health Ciencias**, v. 8, n. 1, p. 57-65, mar. 2006. Disponível em: <www.interscience.wiley.com>. Acesso em: 06 de out. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

VINHÁES, J. C. **Clínica e terapêutica cirúrgicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Prezado (a) enfermeiro (a):

Solicito sua colaboração no sentido de participar de uma pesquisa intitulada “O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas”, conforme especificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido já assinado pelo Sr (a).

Informo que já tenho autorização de seu chefe para a execução da entrevista durante o seu período de trabalho, sem qualquer prejuízo para o Sr (a).

Questão 1: O que se passa pela sua cabeça enquanto você avalia um cliente acometido por ferida com doença oncológica?

Questão 2: Em sua opinião, que tipo de conhecimento é necessário para avaliar, diagnosticar e implementar os cuidados de enfermagem dirigidos ao cliente com afecção oncológica acometido por ferida?

Questão 3: Descreva como você organiza mentalmente essa avaliação de ferida no cliente com afecção oncológica, citando quais os pontos mais importantes desse pensamento.

APÊNDICE B - Orçamento para o ano de 2009



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

**Material de uso geral**

Especificação	Quantidade	Valor Unitário	Total (R\$)
CD virgem	06	2,00	12,00
MP 3	01	80,00	80,00
Papel Ofício A4	05 Resma	15,00	75,00
Subtotal I			167,00

Gasto com Pessoal e Despesas Finais

Especificação	Quantidade	Valor Unitário	Total (R\$)
Formatação/ digitação/ revisão de texto	120	660,00	660,00
Encadernação	08	320,00	320,00
Pilhas	20	1,50	30,00
Subtotal II.....			1.010,00
Total Geral.....		1.177,00	

APENDICE C - Aplicação de parâmetros estatísticos para o cálculo de prevalência das unidades de significação

TEMAS/UNIDADES SIGNIFICAÇÃO (US)	Nº ENTR.	Nº UR	% UR	CANDIDATOS A CATEGORIAS	Nº US	% US	CÓDIGOS TEMAS
o paciente com afecção oncológica é diferenciado	12	46	2,4	A AFECÇÃO ONCOLÓGICA COMO FATOR DETERMINANTE NA ELABORAÇÃO MENTAL DIAGNÓSTICA	517	27,3	1,2,3,4,5,6,22,26,32 34,36,
a relevância da avaliação holística do cliente	13	100	5,2				
referência ao diagnóstico diferencial entre ferida tumoral e não maligna	11	51	2,7				
a elevada complexidade do cliente com afecção oncológica como fator específico na avaliação da ferida	13	76	4				
o reconhecimento das alterações bioquímicas provocadas pela doença oncológica no processo cicatricial	11	54	3				
a importância do conhecimento dos aspectos nutricionais no processo de avaliação	6	18	1				
relevância do fator "dor" no processo avaliativo	8	34	1,8				
promoção do conforto/melhor qualidade de vida	10	29	1,5				
a relevância do fator "odor"	6	20	1				
alteração na imagem corporal/deformidade	4	13	0,7	A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO TEÓRICO- PRÁTICA AVANÇADA PARA O DESENVOLVIMENTO DO RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO	267	14	7,8
o reconhecimento da necessidade de conhecimentos teórico-práticos avançados/experiência para o manejo do do cliente com afecção e portador de ferida	12	111	5,8				
a importância da atualização do conhecimento formal avançado para avaliação do cliente com afecção oncológica portador de ferida	13	156	8,2				
a importância do planejamento mental/raciocínio crítico p/ elaboração da conduta de enfermagem	12	114	6	A CAPACIDADE DE ELABORAÇÃO MENTAL E METACOGNITIVA	281	14,6	13,15,27,29,30
dúvida ou não compreensão sobre o assunto em foco	9	28	1,4				
a observação direta no processo avaliativo/ comunicação não verbal/uso dos cinco sentidos	12	61	3,2				
o uso do raciocínio organizado/uso de método para							

(Continua)

esquematizar as etapas do raciocínio/ capacidade expressa para metacognição	9	78	4				
a capacitação específica na área de feridas para avaliação do cliente acometido por feridas com doença oncológica	11	41	2	A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO ESPECÍFICO NA ÁREA DE FERIDAS PARA A INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA	195	10	9,11,12,14,33,35
avaliação da ferida e sua classificação	13	79	4				
promoção da cicatrização	5	8	0,4				
o conhecimento da tecnologia/seleção da cobertura ideal	12	55	3				
a importância da relação custo-benefício	4	5	0,2				
a importância da responsabilidade técnica/ respaldo legal/ética	2	7	0,3				
a importância do contexto familiar/social na condução da avaliação diagnóstica/planejamento de conduta	11	70	3,6				
referência à importância da fé no processo de tratamento	1	6	0,3				
a importância da orientação/interação com o cliente assistido	12	121	6,3				
a importância do conhecimento/interação com as ações multidisciplinares no contexto avaliativo	10	64	3,3				
a relação cliente-enfermeiro/vínculo	11	90	4,7				
a importância da sistematização da assistência no processo avaliativo	5	6	0,3	AS ETAPAS DE ELABORAÇÃO MENTAL PARA A COLETA E TRATAMENTO DE DADOS	181	9,3	16,20,21,23,24,25,
realização do exame físico na avaliação	3	8	0,4				
realização de entrevista no processo de avaliação	4	5	0,2				
a investigação prontuária na avaliação	9	29	1,5				
a importância do estado psicoemocional do cliente	11	72	3,8				
investigação sobre hábitos de vida/condições sócioeconômicas/moradia/tabagismo	9	14	0,7				
considera a suposição diagnóstica/hipótese/inferência	9	33	1,7				
referência ao agrupamento de dados	4	14	0,7				

(Conclusão)

APENDICE D - Aplicação de parâmetros estatísticos para a construção de categorias a partir do agrupamento temático

CANDIDATOS A CATEGORIAS	Nº US	% US	CATEGORIAS	Nº TOTAL US	% TOTAL US
A afecção oncológica como fator determinante na elaboração mental diagnóstica	517	27,3	A AFECÇÃO ONCOLÓGICA COMO FATOR EXPRESSIVO NA ELABORAÇÃO MENTAL DIAGNÓSTICA	517	27,3
A importância do conhecimento específico na área de feridas para a investigação diagnóstica	195	10	A RELEVÂNCIA DO CONHECIMENTO TEÓRICO-PRÁTICO AVANÇADO PARA A ELABORAÇÃO MENTAL AVALIATIVA	463	24,7
A importância da capacitação teórico-prática avançada para o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico	268	14,7			
A capacidade de elaboração mental e metacognitiva	282	15	A CONSTRUÇÃO DA ELABORAÇÃO MENTAL PARA O RACIOCÍNIO CLÍNICO DIAGNÓSTICO	464	24,6
A utilização das etapas de elaboração mental para a coleta e tratamento de dados	182	9,6			
A importância das relações interpessoais no contexto avaliativo	450	23,4	A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO HUMANA NO CONTEXTO AVALIATIVO	450	23,4
TOTAL	1894	100	4	1894	100

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INSTITUTO NACIONAL de CÂNCER

“O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas”.

Nome do voluntário:

Estamos realizando um estudo com o intuito de ampliar o conhecimento e a discussão na área de enfermagem acerca da elaboração mental das etapas do raciocínio clínico diagnóstico do enfermeiro quando avalia feridas em clientes com doença oncológica. Por este motivo, você está sendo convidado a participar do mesmo. Para que você possa decidir se deseja ou não participar, apresentamos suas implicações:

- 1. Objetivos do estudo:** Os nossos objetivos nesse estudo são, através dos depoimentos coletados e analisados de enfermeiros com especialização em área oncológica, estes com experiência mínima de cinco anos na assistência a clientes com afecções oncológicas, identificar as etapas da elaboração mental destes profissionais quando avaliam feridas em clientes com afecções oncológicas sob sua assistência e caracterizar o raciocínio clínico diagnóstico realizado por este enfermeiro.
- 2. Procedimentos do estudo:** Se você concordar em participar deste estudo, após sua autorização, faremos a coleta de dados em um único momento: uma entrevista com três questões abertas, que será gravada e posteriormente transcrita e entregue para você, a fim de que possa ler na íntegra seu depoimento, analisar seu conteúdo e fazer as modificações que julgar necessárias. Está garantido o sigilo sobre a identidade de todos os participantes deste estudo.
- 3. Riscos:** Não existem riscos físicos, caso você participe ou não deste estudo. Fique à vontade sempre que julgar necessário interromper a entrevista e conversar com a investigadora do estudo, que estará disponível para responder a todos os seus questionamentos.

- 4. Benefícios:** Este estudo poderá não trazer benefício imediato a você, mas através de seus resultados, poderemos entender melhor a condução mental do raciocínio clínico do enfermeiro quando avalia feridas em clientes acometidos por doença oncológica, o qual fornecerá subsídios para futuros trabalhos para o aperfeiçoamento desse raciocínio, contribuindo para a implementação de uma assistência de enfermagem sistematizada na melhor relação custo-benefício.
- 5. Métodos alternativos:** Não existem métodos alternativos à participação deste estudo. Caso não seja seu desejo participar, é suficiente não assinar este termo de consentimento, e nenhum dado seu será coletado ou será revelado sua recusa.
- 6. Acompanhamento, assistência e responsáveis:** O seu acompanhamento durante todo o estudo será feito pela investigadora principal, a enfermeira Alcione A. Linhares, que poderá ser contatada a qualquer momento pelos telefones (21) 9991-6631 ou (21) 2625-3178.
- 7. Garantia de esclarecimentos:** Você poderá realizar questionamentos durante todo o curso deste estudo. Para tal, ligue para a investigadora principal, a enfermeira Alcione A. Linhares. Caso queira contar com uma pessoa imparcial para maiores esclarecimentos relativos a seus direitos como participante, entre em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética do Instituto Nacional de Câncer, Dra. Adriana Scheliga – Rua André Cavalcanti, 37, tel. (21) 3233-1410.
- 8. Bases da participação:** É importante que você saiba que sua participação neste estudo é absolutamente voluntária, e que pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento, mesmo após a entrevista. Neste caso, os dados já colhidos serão imediatamente abstraídos deste estudo, sem implicações de penalidades ou perda de qualquer benefício.
- 9. Caráter confidencial dos registros:** Está garantido o sigilo de sua identidade, sua privacidade e a confidencialidade da origem dos dados, ainda que este conteúdo seja utilizado para os propósitos educativos ou de publicação.
- 10. Custos (ressarcimento e indenização):** Não haverá qualquer custo ou forma de indenização para o participante voluntário deste estudo.

Declaração de Consentimento e assinatura: Declaro que li as informações acima e entendi o propósito deste estudo. Tive oportunidade de fazer perguntas, tendo sido atendido prontamente. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para

participar deste estudo. Entendo que estou livre para aceitar ou recusar minha participação, bem como para interrompê-la sem nenhum tipo de ônus. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Assinatura do sujeito de pesquisa _____ dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei todos os detalhes relevantes deste estudo ao voluntário supra-citado.

Assinatura do investigador _____ dia mês ano

ANEXO B – Carta de aprovação do CEP - INCA



Memo 113/09-CEP-INCA

Rio de Janeiro, 16 de abril de 2009

A(o): Enf^a Alcione Alves Linhares
Pesquisador(a) Principal

Registro CEP nº 17/09 (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)
Título do Estudo: O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas

Prezado Pesquisador,

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprovou após re-análise, o protocolo intitulado: O raciocínio clínico do enfermeiro na avaliação de feridas em clientes com afecções oncológicas**, bem como seu **Termo de Consentimento (versão 1.0 de 19/03/09)**, em 13 de abril de 2009.

Ressalto que conforme descrito na folha de rosto (item 49), o pesquisador responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu protocolo que estão previstos para as seguintes datas: outubro/2009 e abril/2010.

Atenciosamente,

Dra. Adriana Scheliga
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
CEP-INCA

C/c – Ailse R. Bittencourt – Chefe do Serviço de Enfermagem/HC I
Dr. Paulo de Biasi – Diretor do HC I

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)