

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Tese de Doutorado

**O controle das ações do estudante de enfermagem na
implementação dos cuidados preventivos para úlceras por
pressão**

Elen Martins da Silva Castelo Branco

**RIO DE JANEIRO
DEZEMBRO/2007**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

Elen Martins da Silva Castelo Branco

**O controle das ações do estudante de enfermagem na
implementação dos cuidados preventivos para úlceras por
pressão**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa
de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem,
da Escola de Enfermagem Anna Nery, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadores:

Prof. Dr. Mauricio Abreu Pinto Peixoto

Prof.^a Dr^a Neide Aparecida Titoneli Alvin

**Rio de Janeiro
Dezembro /2007**

Castelo Branco, Elen Martins da Silva.

O controle das ações do estudante de enfermagem na implementação dos cuidados preventivos para úlceras por pressão/ Elen Martins da Silva Castelo Branco. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007.

xv, 231f; 31cm.

Orientadores: Mauricio de Abreu Pinto Peixoto e Neide Aparecida Titonelli Alvin.

Tese (Doutorado) – UFRJ/EEAN/ Programa de Pós – Graduação em Enfermagem

Referências Bibliográficas: f. 186 -197 .

1. Motivação. 2. Controle da ação. 3. Enfermagem. I. Peixoto, Mauricio de Abreu Pinto & Alvin, Neide Aparecida Titonelli. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. III. O controle das ações do estudante de enfermagem na implementação dos cuidados preventivos para úlceras por pressão.

CDD 610.73

Elen Martins da Silva Castelo Branco

O controle das ações do estudante de enfermagem na implementação dos cuidados preventivos para úlceras por pressão

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Rio de Janeiro, _____

Prof. Dr Mauricio de Abreu Pinto Peixoto, Doutor em Medicina. Professor Adjunto do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde NUTES/UFRJ

Prof.a Dra Vitória Maria Brant, Doutora em Educação. Professor Adjunto do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde NUTES/UFRJ

Prof.a Dr.a Maria da Soledade Simeão dos Santos, Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ

Prof.a Dra Vivina Lanzarini de Carvalho, Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem Arthur Searp Neto - FASE

Prof.a Dr.a Neide Aparecida Titoneli Alvin Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ

Suplentes

Enfermeira Jaqueline Da Silva. Doutora em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN/UFRJ.

Enfermeira Rosane Mello. Doutora em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus filhos
Rodrigo Martins Castelo Branco,
Renato Martins Castelo Branco e
Elena Nolding.

*“Não siga por onde o caminho levar.
Ande, melhor, onde
não há caminho
e deixe, por onde passar,
uma trilha.”*

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

REFÚGIO

*Quando todos parecem conspirar
contra você,
quando o mundo parece desabar
ao seu redor,
haverá ainda um lugar
aonde ir.*

*Lá você pode sentir e chorar
e falar da dor e esvaziar o peito
cheio de mágoa.*

*Lá é trégua de guerra
é refugio tranqüilo
é porto seguro*

*Vem, e ancora aqui
seu coração.*

Autor desconhecido

A Deus Pai, fonte inesgotável de energia, agradeço pelo presente e pelo futuro. Senhor, agradeço pelos anjos que me protegem e pela aura de luz que ilumina o meu caminho.

Aos meus pais, Marisa e Atílio que estão sempre por perto...

Ao meu marido Eric.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

“Assim, o primeiro e mais simples sentimento que quero compartilhar com você é minha satisfação quando consigo realmente escutar alguém. Creio que essa tem sido uma característica antiga em mim. Ocorrem –me os meus primeiros dias de escola. Uma criança fazia uma pergunta à professora e esta dava uma resposta perfeita a uma pergunta completamente diferente. Nessas ocasiões, um sentimento de dor e angústia sempre me invadia. Minha reação era: - Mas você nem mesmo o escutou! Eu sentia uma espécie de desespero infantil diante da falta de comunicação que era (e ainda é) tão comum”.

Carl R. Rogers

Ao professores Mauricio e Neide, meus orientadores, pelo exemplo de pesquisadores que compartilharam das minhas idéias e alimentaram os meus ideais, motivando-me a prosseguir, mostrando-me o caminho dessa longa jornada. Pelos ensinamentos, incentivo e carinho ao longo da minha formação e, principalmente, por terem ensinado que podemos aprender sempre, até mesmo com as pequenas coisas.

Às amigas de todas as horas, Claudia Regina e Soledade, sempre muito presentes, compartilharam comigo alegrias, desafios, dissabores e angústias, torcendo sempre pelo sucesso desta tese.

Às amigas e amigos Maria Luiza, Cecília, Elizabeth, Márcia e Jean, pelo apoio durante todo o processo.

A Chefia do Departamento de Enfermagem Fundamental: Prof.a Dra. Gláucia Valente Valadares e Prof. Dr. Antonio José de Almeida Filho, na gestão atual e Prof.a Dra. Tânia Cistina Franco Santos Cardoso, na gestão anterior.

A todos os colegas da Escola de Enfermagem Anna Nery, em especial, do Departamento de Enfermagem Fundamental agradeço pelo constante incentivo, apoio e o partilhar docente dia após dia.

Aos membros efetivos e suplentes da Banca Examinadora da Defesa do Projeto, da Qualificação e da Defesa Final da Tese, pelas contribuições tão valiosas.

Aos estudantes de enfermagem que participaram do estudo e que sem eles esse trabalho seria inviável. Muito obrigado!

A todos os colegas da turma de doutorado por estimularem a realização do estudo.

Às secretárias da Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa e bibliotecárias da EEAN, pelo empenho em atender as solicitações, pela dedicação e competência admiráveis.

À Direção da Escola de Enfermagem Anna Nery, a Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa e a Coordenação do Curso de Doutorado em Enfermagem da EEAN.

Resumo

Castelo Branco, E.M. da S. **O controle das ações do estudante de enfermagem na implementação dos cuidados preventivos para úlceras por pressão.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Orientadores: Mauricio de Abreu Pinto Peixoto e Neide Aparecida Titoneli Alvin.

O estudo teve por objetivo verificar a pertinência da teoria do controle da ação (TCA) na identificação precoce de estudantes de enfermagem com alto risco para desempenho insatisfatório na implementação dos cuidados fundamentais de enfermagem na prevenção das úlceras por pressão. A amostra consistiu de quarenta e seis estudantes que responderam ao questionário HAKEMP 90 e foram avaliados quanto ao seu desempenho no ambiente hospitalar pelo docente responsável por meio do Instrumento de Avaliação Discente (IAD). Tal instrumento consistia de um conjunto de enunciados que descreviam atitudes e características essenciais para a implementação eficiente dos cuidados preventivos para ulcera por pressão. Em seguida, os resultados dos dois instrumentos foram comparados em tabelas de contingência e avaliados em termos de sensibilidade e especificidade do questionário HAKEMP 90 para prever desempenho insatisfatório. Observou-se que os melhores índices ocorreram quando do uso das subescalas Orientação para a ação subsequente ao fracasso (OAF) e orientação para o planejamento da ação (OAP). Ainda mais, a TCA permite identificar em um dado individuo a sua orientação para ação ou estado e indica estratégias auto - reguladoras que permitem ao individuo monitorar a atenção, a concentração e a realização de tarefas. Concluiu-se a pertinência do uso da TCA por meio das subescalas para a predição de desempenho insatisfatório. Recomenda-se ao docente atenção para os conceitos da TCA e suas conseqüências didáticas, em particular na adoção de estratégias de ensino adequadas a cada tipo de orientação.

Abstract

Castelo Branco, E.M. da S. **O controle das ações do estudante de enfermagem na implementação dos cuidados preventivos para úlceras por pressão.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Orientadores: Mauricio de Abreu Pinto Peixoto e Neide Aparecida Titoneli Alvin.

The research had as objective to verify the relevance of the control of action (TCA) in the early identification of nursing students at high risk for unsatisfactory performance on the implementation of basic nursing care for the prevention of pressure sores. The sample consisted of forty-six students who answered to the HAKEMP 90 questionnaire and were evaluated on their performance in the hospital environment by the responsible teacher through the Student Evaluation Instrument. This tool consisted of a set of topics that described essential attitudes and characteristics for the efficient implementation of preventive care for ulcer caused by blood pressure problems. The results of the two instruments were compared in contingency tables and evaluated for sensitivity and specificity of the HAKEMP 90 questionnaire to predict unsatisfactory performance. It was observed that the best scores occurred when the sub degrees OAF and OAP were used. Even more, the TCA can identify in a certain person his guidance for action or condition and prescribe self-regulatory strategies that allow a person to track the attention, concentration and execution of tasks. It is the relevance of the use of the TCA through sub degrees the prediction of unsatisfactory performance. It is recommended to the teacher to pay attention to the concepts of the TCA and its didactic consequences, especially in the adoption of appropriate teaching strategies to each type of guidance.

Lista de quadros

		Pág.
Quadro 01	Necessidades comuns aos pacientes	56
Quadro 02	Teorias reativas	87
Quadro 03	Esquema da Teoria do Controle da Ação	91
Quadro 04	Perspectiva temporal da Teoria do Controle da Ação	92
Quadro 05	Etapas do estudo	106
Quadro 06	Julgamento dos especialistas e medianas	116
Quadro 07	Conjunto final de assertivas para o Instrumento de Avaliação Discente	117
Quadro 08	Valores normativos que orientam a atribuição da orientação para ação ou estado	119
Quadro 09	Dados comparativos entre Instrumento de Avaliação Discente e HAKEMP 90 (Grupo 1)	126
Quadro 10	Dados comparativos entre Instrumento de Avaliação Discente e HAKEMP 90 (Grupo 2)	127
Quadro 11	Médias obtidas pela amostra relativas as avaliações do Instrumento de Avaliação Discente	135
Quadro 12	Divisão dos estudantes em grupos por desempenho	136
Quadro 13	Valores para pontuação das subescalas	138
Quadro 14	Planilha de respostas ao instrumento HAKEMP 90 – subescala ação subsequente ao fracasso (OAF)	139
Quadro 15	Planilha de respostas ao instrumento HAKEMP 90 – subescalas orientação para a ação/estado no planejamento e na decisão para a ação (OAP)	140
Quadro 16	Planilha com respostas relacionadas à orientação para a ação/estado na atividade bem sucedida ou motivação intrínseca (OAA)	141
Quadro 17	Pontuações indicadas pelo autor para a classificação em orientação para ação ou estado	142
Quadro 18	Exemplo do cálculo normativo individual	143

Quadro 19	Classificação dos estudantes segundo as subescalas	144
Quadro 20	Dados comparativos entre IAD e HAKEMP 90 - grupo 1 (desempenho satisfatório)	146
Quadro 21	Dados comparativos entre IAD e HAKEMP 90 - grupo 2 (insatisfatório)	147
Quadro 22	Dados comparativos entre IAD, HAKEMP 90 e subescalas combinadas - grupo 1 (desempenho satisfatório)	152
Quadro 23	Dados comparativos entre IAD, HAKEMP 90 e subescalas combinadas - grupo 2 (desempenho insatisfatório)	153
Quadro 24	Desempenho dos estudantes orientados para o estado segundo o IAD	162

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 01	Sensibilidade e especificidade das subescalas OAF, OAP e OAA separadamente.	154
Tabela 02	Sensibilidade e especificidade das subescalas OAF, OAP e OAA combinadas em pares.	157
Tabela 03	Sensibilidade e especificidade das subescalas OAF, OAP e OAA combinadas	158

SUMÁRIO

	Página
Resumo.....	viii
Abstract	ix
Lista de quadros.....	x
Lista de tabelas.....	xii
1 INTRODUÇÃO	
1.1 O interesse pelo estudo.....	16
1.2 O lugar de onde falo e a problemática do estudo	20
1.3 A hipótese, as questões e os objetivos da pesquisa.....	29
1.4 Relevância e contribuições.....	31
2 BASES TEÓRICO - CONCEITUAIS	
2.1 A arte de cuidar e de ensinar a cuidar no ambiente hospitalar.....	34
2.1.1 Da enfermagem empírica aos dias atuais.....	35
2.1.2 Reflexões acerca da arte de cuidar e a natureza da enfermagem fundamental.....	45
2.1.3 O planejamento do cuidado básico de enfermagem.....	54
2.2 A prevenção das úlceras de pressão na cena hospitalar através do cuidado de enfermagem motivado e auto-regulado.....	58
2.2.1 O cenário hospitalar.....	58
2.2.2 A motivação como interferente nas ações do estudante na implementação dos cuidados preventivos para Úlceras por pressão (UP).....	60
2.2.3 Os cuidados básicos de enfermagem para a prevenção da UP.....	63
2.2.3.1 Fatores predisponentes ao aparecimento das UP.....	65
2.2.3.2 A avaliação dos riscos para a integridade da pele prejudicada	68
2.2.3.4 Os cuidados básicos de enfermagem para a prevenção da UP	74
.	
2.3 A orientação motivacional e do controle da ação no âmbito das teorias ativas e de ativação.....	78

2.3.1 A Teoria do Controle da Ação (TCA): uma proposta para o diagnóstico do desempenho do estudante de enfermagem.....	81
2.3.1.1 A Orientação para a Ação.....	82
2.3.1.2 Sobre a Orientação para o Estado.....	88
2.3.1.3 A Escala do Controle da Ação (<i>Action Control Scale - ACS</i>).....	90
2.3.1.3 A Escala do Controle da Ação (<i>Action Control Scale - ACS</i>).....	95
3 MATERIAIS E MÉTODOS	
3.1 Delineamento do estudo.....	97
3.2 Caracterização do local.....	99
3.3 Amostra.....	102
3.4 Procedimentos éticos.....	104
3.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	105
3.5.1 Primeira etapa: construção instrumento de avaliação discente (IAD)	105
3.5.1.1 A busca por enunciados para compor o IAD.....	105
3.5.1.2 A participação dos juizes.....	106
3.5.1.3 O cálculo das medianas.....	107
3.5.1.4 Conjunto final de assertivas para o IAD.....	109
3.5.2 Escala do Controle da Ação (HAKEMP 90).....	111
3.5.2.1 Descrição do questionário HAKEMP 90.....	111
3.5.2.2 Tradução e contra-tradução do questionário HAKEMP 90: a escala original.....	114
3.6 Terceira etapa: a aplicação do IAD e do questionário HAKEMP 90 na amostra.....	115
3.6.1 A aplicação do IAD no campo.....	117
3.6.2 A aplicação do questionário HAKEMP 90.....	118
3.7 Quarta etapa: A comparação entre os dados coletados.....	119
3.8 Cálculos estatísticos.....	119
3.8.1 Testes sensíveis.....	120
3.8.2 Testes específicos.....	

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	124
4.1 O Instrumento de Avaliação Discente (IAD).....	125
4.1.1. A organização geral dos dados obtidos com o IAD.....	
4.1.2 A divisão dos grupos por desempenho satisfatório e insatisfatório (G1 e G2).....	129
4.2 Questionário HAKEMP 90 – A orientação para ação e para o estado.	
4.2.1 A organização dos dados obtidos através da aplicação do questionário HAKEMP 90.....	129
4.2.2 A atribuição dos valores normativos às respostas dadas ao questionário HAKEMP 90 para a classificação dos estudantes de enfermagem em orientação para ação ou estado.....	132
4.2.3 Tratamento dos dados para análise comparativa.....	138
4.2.4 Sensibilidade e especificidade.....	140
4.2.4.1 Sensibilidade e especificidade das subescalas.....	
4.2.4.2 As implicações da orientação para a ação ou estado e o desempenho do estudante para o planejamento do cuidado de enfermagem.....	152
	162
5 CONCLUSÃO.....	
REFERÊNCIAS.....	170
APÊNDICES.....	182
ANEXOS.....	205

Introdução

1.1 O interesse pelo estudo

O tema desta tese se articula à motivação e ao controle das ações como potenciais determinantes do desempenho satisfatório, da dedicação, da persistência, da iniciativa e no envolvimento dos estudantes de enfermagem nas atividades acadêmicas.

O interesse pelo estudo das ações dos estudantes aqui apresentado derivou das reflexões desenvolvidas por ocasião da dissertação de mestrado intitulada “Escala Motivacional de Atitude (EMA): proposta para elaboração e aplicação em estudantes enfermagem” que tratou do processo de construção da Escala de Orientação Motivacional, aplicada em estudantes do Curso de Graduação (CASTELO BRANCO, 2000).

A EMA foi elaborada à luz dos pressupostos da orientação motivacional para a *maestria* ou para o *ego*, propostos por Carol Dweck (AMES & ARCHER, 1988; DWECK & LEGGETT, 1988; AMES, 1992; BLUMENFELD, 1992). Esta teoria trata da influência dos processos motivacionais na aquisição, na transferência e na utilização do conhecimento segundo algumas características individuais como a persistência, o esforço e o envolvimento na obtenção de metas acadêmicas.

Segundo os argumentos teóricos, o estudante orienta-se por motivos de origem interna ou externa ao buscar o alcance da meta planejada como o desejo de se tornar competente, a remuneração ou a ascensão social. Além disso, ressalta que a presença de um ou outro padrão, em maior ou menor grau e interfere no desempenho nas situações de aprendizagem. É possível afirmar que as causas do sucesso e insucesso em tarefas futuras tornam - se mais claras na medida em que se

identificam os elementos que dificultam a sua realização, como a orientação motivacional, a autodeterminação e a auto-avaliação dos resultados, entre outros.

Em seus pressupostos, Dweck & Leggett (1988, p. 271) consideram que os estudantes orientados para a maestria se caracterizam pela intenção de adquirir conhecimento, pela capacidade de adaptação rápida as mudanças, maior cooperação e otimismo em ambientes de aprendizagem. Para eles, o desempenho insatisfatório no presente, não representa fracasso. Trata-se, pois, de uma nova oportunidade, uma experiência para aprender tanto no momento atual quanto nas outras atividades que estão por vir. Esse padrão descreve pessoas que buscam desafios, o senso de autorregulação está mais desenvolvido e a persistência mantida diante dos obstáculos ou do fracasso acadêmico.

Ao contrário, o padrão orientado para o ego caracteriza -se por se evitar desafios, pela persistência diminuída e pelo imobilismo face ao desempenho insatisfatório. Nesse grupo, há o predomínio das estratégias de aprendizagem superficiais e que geralmente, suprem apenas o conhecimento necessário para resolver um problema imediato.

A investigação dos padrões *ego* e *maestria*, tanto para o professor quanto para o estudante, trata de um recurso que estimula o envolvimento do estudante nas atividades acadêmicas, no reconhecimento das próprias dificuldades e auxilia na definição de estratégias mais eficientes para aprender.

Para a identificação das variáveis do estudo julgou-se adequada à construção de uma escala do tipo Likert segundo as proposições de Baquero (1978 p.18). A elaboração da EMA desdobrou-se em três etapas seqüenciais. A primeira etapa consistiu em produzir cento e trinta e uma assertivas que representavam

atitudes positivas e negativas relacionadas às características de ambos os padrões investigados. As assertivas foram organizadas em *check list* e submetidas à opinião de especialistas. Finalmente, a composição da Escala Motivacional de Atitude foi definida a partir do critério de consistência interna indicado para testes psicométricos. Após a correção semântica, obteve-se a escala experimental com dezessete itens.

Considerando os fatores implicados no processo da aprendizagem e as características anteriormente listadas por Dweck (1988) para a maestria e para o ego, a EMA se constituiu como um recurso essencial para a identificação das dificuldades acadêmicas à luz da orientação motivacional na amostra. O instrumento possibilitou um rastreamento preliminar tanto dos estudantes mais interessados na qualidade do aprendizado e aquisição de competência, quanto daqueles que se mostravam mais preocupados com a avaliação da atividade.

Assim sendo, a sua aplicação propiciou reflexões acerca da mediação do processo de aprender no grupo de estudantes de enfermagem investigado. O planejamento das atividades acadêmicas, a avaliação do desempenho e as estratégias de ensino-aprendizagem foram adequados ao diagnóstico das dificuldades apresentadas no grupo em tela.

Mais do que isso, o estudo da orientação motivacional segundo os padrões de maestria e ego evidenciou outras questões relacionadas com o desempenho acadêmico, como a aprendizagem ativa e a auto-regulação. Dentre outras prerrogativas, encontrava-se o comportamento intencional dos estudantes de enfermagem e compreendê-lo exigia conhecimento sobre a origem das intenções, motivadas interna ou externamente em situações de aprendizagem diversas. O

estudo mostrou ainda que, além dos fatores cognitivos, as referências pessoais, sociais e afetivas são condições capazes de influenciar o desempenho individual e as intenções para a ação.

Desta forma o interesse pelo estudo atual originou-se dos resultados obtidos à época do mestrado e da observação do modo de agir dos estudantes de enfermagem no que se refere ao planejamento do cuidado de enfermagem à pessoa hospitalizada e a construção ativa do saber e do fazer da enfermagem no âmbito das atividades do Programa Curricular Interdepartamental VII (PCI VII)¹.

1.2 O lugar de onde falo e a problemática do estudo

O PCI-VII apresenta o ambiente hospitalar aos estudantes de enfermagem no quinto período do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. É um dos PCIs que trata da aplicação das bases teóricas e práticas para a aprendizagem do cuidado de enfermagem fundamental e o foco é o cliente hospitalizado. Os estudantes sob a supervisão dos docentes e enfermeiros das unidades cuidam da pessoa hospitalizada envolvendo-se nas atividades que visam atender as necessidades emergentes da doença e da hospitalização.

As ementas das disciplinas integradas que compõem o PCI descrevem a estrutura curricular, as concepções teóricas, as habilidades práticas e o cuidado de enfermagem fundamental prestado ao cliente hospitalizado. Assim, à luz do marco conceitual² proposto para consolidar o Curso de Graduação em Enfermagem, as

¹ O Programa Curricular Interdepartamental VII (PCI VII) está inserido na 3ª Etapa Curricular do Currículo Novas Metodologias do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery.

² Com respeito ao significado do marco conceitual para o curso de graduação destaca-se Carvalho &

disciplinas abordam os cuidados fundamentais de enfermagem e a problemática do cliente hospitalizado e sua família, premissas fundantes na formação do enfermeiro (Anexo 01).

Desse modo, os aspectos teóricos e práticos da arte de cuidar do cliente e da família durante a hospitalização e as diretrizes para as atividades desenvolvidas no programa estão organizados em três segmentos. O primeiro compreende o conteúdo teórico e teórico-prático desenvolvido nas aulas e nas atividades em laboratório. Algumas características atendem à adaptação ao trabalho nas unidades de internação inclusive no aprendizado das normas e rotinas. Valoriza-se o ensino do processo de enfermagem fundado nas concepções teóricas, o diagnóstico situacional da clientela, a demonstração de procedimentos usuais no cuidado aos clientes, os instrumentos e princípios básicos para o cuidado e as implicações éticas relevantes para a prática profissional responsável e segura.

O segundo segmento se refere ao estágio supervisionado nas unidades de internação hospitalar. A demonstração e treinamento de técnicas básicas de enfermagem, a consulta aos prontuários dos clientes, a prescrição de enfermagem, a documentação e os cuidados de enfermagem são algumas das ações desenvolvidas nos cenários. Em destaque, o cuidado integral de enfermagem que é a tônica deste segmento. O cliente hospitalizado é o centro das ações, sejam as mais imediatas ou contínuas, implementadas em todos os níveis de atenção.

Finalmente, o levantamento de situações diagnósticas vivenciadas pelos estudantes e problemas que necessitam de investigação científica caracteriza o

Castro (1985, p.79) que o definem como “uma fronteira ou limite daquele que se pretende desenvolver ou realizar no âmbito do conhecimento”. E acrescentam ainda que este conceito colabora na identificação dos significados às buscas da enfermagem e ao processo de formação do enfermeiro. Esses significados envolvem “conceitos fundamentais, habilidades e competências desejadas, valores essenciais às metas e

Diagnóstico Simplificado de Saúde (DSS). É pertinente mencionar que os estudantes visam ajudar a clientela a resolver os problemas de saúde, além de atuarem no ensino e na pesquisa. A metodologia da pesquisa e os modelos teóricos de enfermagem são implementados na estruturação das atividades.

Observa-se assim que a aplicação dos conteúdos conceituais e procedimentais se complementa à expressão filosófica do holismo. A esse respeito, algumas questões primordiais são apresentadas aos estudantes para que reconheçam e valorizem a singeleza dos cuidados básicos de enfermagem e o seu papel no universo de ações possíveis para a restauração do bem-estar do cliente.

Convém fazê-los refletir sobre o compromisso social da enfermagem, o modelo biomédico, a incorporação das novas tecnologias e a sistematização da assistência no ambiente hospitalar e as suas implicações para o processo de aprender o cuidado de enfermagem na medida em que se discute a sua essencialidade. Ensinar a cuidar integralmente também implica em agir coerentemente com os postulados da ética profissional. Mais do que isso se ressalta a responsabilidade de prestar um cuidado seguro à clientela em consonância com o sistema de saúde vigente e com as diretrizes curriculares do ensino de graduação em enfermagem.

De fato, constatando-se a importância do ensino da arte de cuidar, se percebe a necessidade de desenvolver competências técnicas e científicas nos estudantes e reunir as condições para afastá-los do cuidado fragmentado e fora de contexto.

Em síntese, aprender a cuidar requer atenção, concentração, visão de conjunto e, sobretudo a intencionalidade para agir diante de múltiplas circunstâncias. Nessa lógica, estimula-se nos estudantes o hábito de pensar criticamente, observar e

comunicar-se com o objetivo de sensibilizá-los para o cuidado de enfermagem como foco principal da sua atuação, sem perder de vista a totalidade que envolve cliente e contexto.

Há que se destacar que o reconhecimento e a valorização do cuidado básico de enfermagem podem ser retratados no ambiente hospitalar em diversas situações. Em aproximação ao problema, uma situação em particular, serviu como pano de fundo para a investigação: o planejamento dos cuidados básicos de enfermagem implementados por estudantes na prevenção das úlceras por pressão (UP) ³.

É primordial compreender que a manutenção da pele íntegra é uma preocupação para a equipe de profissionais que cuida de clientes hospitalizados. Apesar de não representar uma ameaça direta à vida, a UP se mostra como um importante problema devido à frequência e a rapidez da sua evolução. Em função da incidência, enfatiza-se que o processo de evolução das UP pode não ser percebido e a identificação dos fatores de risco pelo enfermeiro direciona as medidas preventivas adequadas ao cliente desde a internação até a alta hospitalar.

O impacto gerado para as pessoas afetadas é imenso e evidencia-se pelas limitações no bem-estar e conforto, pela permanência hospitalar com custos

³ Á guisa da definição, o uso concomitante dos termos úlcera de pressão, úlcera por pressão, úlcera de compressão, úlcera de decúbito e escara de decúbito, tanto no senso comum quanto na literatura, é bastante usual para se referir a um mesmo fenômeno de lesão. O termo úlcera de decúbito refere-se às lesões profundas sobre as proeminências ósseas devido à permanência prolongada no leito. Bryant (1992a, p.106) destaca que o termo úlcera de pressão é definido como uma lesão em qualquer superfície da pele que ocorre como resultado de pressão e é mais aceito por ser mais acurado e descritivo. Dealey (1996, p.20) salienta que a úlcera de pressão é a lesão decorrente da diminuição ou interrupção da irrigação tissular, tendo como fator causal básico a pressão externa, força geradora de oclusão de vasos e capilares, isquemia e morte celular. Geovanini *et al* (2007, p. 42) salienta que as úlceras por pressão são áreas de necrose tecidual que começa a se desenvolver na interconexão entre as proeminências ósseas e os tecidos moles e não na pele, sendo a maior parte dos agravos nos tecidos profundos. O estudo dos cuidados preventivos com a pele tem sido um trabalho relevante e representa um indicador da qualidade do cuidado da enfermagem (Anselmi, Peduzzi e Junior, 2003, p.59). A prevenção das UP é possível

elevados no que se refere ao tratamento clínico, cirúrgico e fisioterápico e pelo retorno mais demorado ao convívio familiar. O alcance dos danos inclui a auto-imagem e auto-estima dos pacientes, acarretando problemas emocionais, psicossociais e econômicos.

Assim sendo, a prevenção da úlcera por pressão se constitui como uma das questões mais desafiadoras para todos os integrantes da equipe de saúde. Os estudantes de enfermagem são futuros multiplicadores dos cuidados preventivos e sua formação deve estar fundada em bases filosóficas que visam cuidar em essência e integralidade.

O planejamento das medidas preventivas eficazes requer atributos cognitivos e afetivos dos estudantes, como o aprendizado de princípios fundamentais, o uso de instrumentos básicos e o envolvimento com a realização do cuidado de enfermagem. Além disso, o estudante deve reunir características essenciais para a observação das alterações fisiopatológicas sistêmicas, dos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, como a pressão e a fricção. A descrição objetiva, a elaboração do plano de cuidados, as ações implementadas, a avaliação da eficácia das medidas terapêuticas e o acompanhamento da lesão requerem dos profissionais o uso de sensibilidade, concentração e atenção na atividade realizada.

Porém, o que tem sido observado nos cenários hospitalares revela distanciamento do foco da atenção do estudante durante a avaliação do cliente para o diagnóstico dos indicadores de risco para evolução da UP. Em particular, a coleta de dados relativos à pele e outras condições predisponentes ao aparecimento destas lesões, como hidratação, alimentação e mobilidade, mostra-se freqüentemente

através da avaliação dos fatores de risco e da implementação dos cuidados utilizando-se uma abordagem holística do cliente, de forma contínua e dinâmica.

superficial e incompleta. Conseqüentemente, ocorre a prescrição fragmentada dos cuidados preventivos.

Mais do que isso, a situação em si, revela um número considerável de interferentes que desviam a atenção dos estudantes, como por exemplo, a própria motivação para a atividade ou a quantidade de distratores⁴ internos e externos presentes no ambiente hospitalar. As distrações são fatores que impedem ou dificultam o curso da ação e a sua existência, em maior ou menor grau, determina a manutenção da concentração. Ressalta-se que o estudante atento, concentrado e ativo, por mais simples que pareça, reúne características essenciais para aprender os cuidados preventivos para UP.

Neste processo, os docentes avaliam parâmetros de desempenho dos estudantes e para o estudante a avaliação insatisfatória pode desencadear tanto atitudes positivas quanto negativas. Alguns conseguem lidar com tais condições e prontamente modulam a vontade e a intenção para o desfecho da atividade e mantém o curso das ações planejadas.

Por outro lado, existem aqueles que demonstram atitudes e sentimentos distintos, como a incapacidade para realizar satisfatoriamente tarefas específicas, o investimento de menos esforço para alcançar metas futuras e a repetição do fracasso em tarefas posteriores. Neste caso, a falta de persistência é um importante indicador do baixo envolvimento motivacional e volitivo como variável no comportamento de aprendizagem tanto no presente quanto em situações futuras.

No entanto, isto nem sempre acontece porque a relação entre as intenções explícitas, a realização das ações correspondentes e as razões para tal são múltiplas, inclusive perpassando por fatores psicossociais. Assim sendo, afirma-se que a

aprendizagem não ocorre do mesmo modo, momento e ritmo para todos os estudantes. As diferenças individuais, as atitudes e o modo de aprender são variáveis que interferem no desempenho, dentre as quais destaca-se a motivação e auto-regulação como elementos que permeiam este processo de aprendizagem.

Para lidar com tais questões torna-se necessário repensar sobre as formas de orientação dos estudantes de enfermagem durante as atividades, em particular, no cenário hospitalar. Em razão disso, se percebe que o diagnóstico precoce do desempenho proporciona a análise de múltiplas informações valiosas do ponto de vista acadêmico. Enquanto estratégia docente, nota-se que esse diagnóstico possibilita o planejamento das ações pedagógicas fundado na problemática apresentada pelo grupo investigado.

Pelo exposto, o objeto do estudo trata da identificação do risco para o desempenho insatisfatório do estudante de enfermagem na implementação de cuidados preventivos para úlceras por pressão no cliente hospitalizado sob a ótica do controle da ação.

Para explicar o modo de agir dos estudantes segundo a natureza das intenções e da vontade optou-se pela Teoria do Controle da Ação (TCA). Para Heckhausen & Kuhl (1985, p.140) o uso da TCA possibilita a compreensão do processo ativo que transforma intenções em ações. As questões investigadas por Kuhl (1985, p. 268) sobre o controle da ação buscaram comprovar a existência de mecanismos psicológicos entre o desejo e a ação que determinam respostas diferentes em situações similares. As características da orientação para a ação ou estado foram identificadas com a utilização do instrumento denominado HAKEMP

⁴ Elementos capazes de causar distrações.

90 ou Escala do Controle da Ação - *Action Control Scale* - elaborado por Kuhl (1985,1994a) (Anexo 02).

De acordo com os pressupostos teóricos, a volição⁵ disputa seu papel mediador entre a intenção para aprender (motivação) e o uso de estratégias auto – reguladoras (Kuhl, 1996, p. 684). É um elemento ativador que dirige a energia intelectual, emocional e comportamental para objetivos acadêmicos e possibilita a manutenção da concentração e do esforço, inclusive na presença das distrações⁶ internas e externas.

No campo acadêmico, pode se afirmar que os estilos de ação, *orientação para estado ou para a ação*, predizem a utilização de estratégias de aprendizagem, tanto cognitivas quanto metacognitivas. Segundo Zimmermam (1998, p. 6) os estudantes auto-reguladores elaboram objetivos concretos, específicos e hierarquizados. Além disso, planejam as ações coerentemente e procuram a auto-avaliação. Como consequência, ocorre a superação das dificuldades, o alcance das metas planejadas e o rendimento acadêmico satisfatório.

Por outro lado, os estudantes auto-reguladores inexperientes são caracterizados por objetivos orientados para o desempenho escolar, pela baixa auto – eficácia, pelo desinteresse e pela auto – monitorização aleatória. Como decorrência, a auto – regulação do estudante de enfermagem sobre o pensar e o agir na própria aprendizagem torna -se ainda mais valiosa para a compreensão do seu desempenho.

⁵ Ato pelo qual a vontade se determina a alguma coisa (FERREIRA, 2001)

Padrão de pensamentos e de sentimentos sobre cada um como ator no seu mundo que sobressai de uma necessidade fundamental para agir e que ocorre à medida que se antecipa, escolhe, vivência e interpreta o que se faz. A volição é entendida a partir do pressuposto de que o Ser Humano tem uma necessidade neurofisiológica e intrínseca para a ação. (Kuhl, 1994b, p.40)

⁶ Para fins deste estudo, a distração é definida como qualquer palavra ou evento que influencie no planejamento execução de uma ação (desatenção, abstração, ponderação, etc.). (FERREIRA, 2001)

A investigação da volição, da intenção, da atenção e dos fatores motivacionais é relevante para diagnóstico precoce das situações de risco, especialmente no campo da aprendizagem do cuidado de enfermagem. Ressalta-se que a aplicação da Teoria do Controle da Ação possibilita a identificação dos elementos essenciais que devem estar presentes nos estudantes para a implementação do cuidado de enfermagem na prevenção das UP. Sob o ponto de vista da auto – regulação o estudante mantém o curso entre planejamento, implementação e manutenção da ação e ainda, a capacidade de adaptar e modificar as estratégias diante dos obstáculos entre a fase preparatória e o alcance dos objetivos.

Assim, o estudo permitiu ampliar a discussão das bases teóricas que fundamentam a aprendizagem ativa, o controle das ações e o alcance de metas empreendidas pelo estudante no âmbito da enfermagem fundamental.

1.3 A hipótese, as questões e os objetivos da pesquisa

Com base nesses elementos, elaborou-se a hipótese de que estudantes de enfermagem orientados para a ação demonstram o desempenho satisfatório e a orientação motivacional distinta daqueles orientados para o estado quando se trata de cuidados relativos à prevenção das úlceras por pressão.

Outrossim, os estudantes orientados para a ação em geral possuem maior persistência, controle eficaz das ações necessárias à implementação das medidas preventivas para UP e aprendem a cuidar do cliente hospitalar de modo mais concentrado e atento. Em contraposição, os indivíduos orientados para o estado

tendem a ser menos persistentes e a apresentar menor controle das ações. Uma outra característica peculiar nesse tipo de orientação é a autopercepção negativa da capacidade para aprender e enfrentar a situação de aprendizagem em suas dimensões.

Tendo em vista a hipótese construída e a elucidação do problema em estudo, foi proposta a seguinte pergunta:

- A aplicação da Escala do Controle da Ação permite discriminar entre estudantes de alto e baixo desempenho na implementação de cuidados fundamentais de enfermagem para a prevenção das UP?

A partir dessa questão os seguintes objetivos foram formulados:

Objetivo Geral:

- Verificar a pertinência da Teoria do Controle da Ação na identificação precoce de estudantes de enfermagem com alto-risco para desempenho insatisfatório na implementação de cuidados fundamentais de enfermagem para a prevenção das UP.

Objetivos Específicos:

- Identificar os elementos essenciais do controle da ação dos estudantes de enfermagem para a implementação das medidas preventivas para as UP.
- Classificar os estudantes de enfermagem em alto e baixo risco para desempenho insatisfatório na implementação dos cuidados preventivos para as UP a partir dos elementos essenciais previamente identificados.

- Mensurar a capacidade da classificação obtida pela Escala do Controle da Ação em prever o desempenho insatisfatório na implementação dos cuidados de enfermagem preventivos para as UP.

1.4 Relevância e contribuições

Para esta investigação, a TCA e o questionário HAKEMP 90 constituíram recursos diagnósticos para o desempenho do estudante em relação aos cuidados fundamentais de enfermagem dispensados ao cliente hospitalizado. Cabe aqui enfatizar que o estudo contribuiu para a discussão sobre a implementação adequada dos cuidados fundamentais de enfermagem no ambiente hospitalar, principalmente no momento da inserção e da adaptação do estudante nesse cenário repleto de distratores.

Primeiramente, o diagnóstico precoce do desempenho do estudante na implementação dos cuidados de enfermagem preventivos para as UP é relevante se comparado aos prejuízos que causa para o cliente, para a família e para a instituição. A instalação da lesão gera o aumento dos custos, em decorrência do tempo de hospitalização e das complicações, como as infecções hospitalares. É comum a internação de clientes pela reincidência dos agravos das lesões tissulares. Para o cliente e sua família, as UP representam um sofrimento tanto físico quanto emocional e redução da qualidade de vida.

Em contrapartida, o uso dos princípios da TCA na prática educacional remete a possíveis interpretações acerca do comportamento motivacional e do envolvimento do estudante em tarefas acadêmicas. Neste contexto, buscou-se

explicar que a classificação dos estudantes em ação ou estado, segundo características motivacionais, volitivas e intencionais possibilita o estudo individual ou coletivo do desempenho na implementação dos cuidados de enfermagem no cenário hospitalar.

A idéia central desta colocação se baseia nos motivos que determinam o caminho que o estudante deseja seguir e nos critérios que utiliza para escolher o modo de agir. O estudante que mantém a concentração tende a desenvolver o cuidado de enfermagem de forma mais integradora, a despeito dos diversos distratores presentes. Deste modo, os procedimentos de enfermagem - técnicos, clínicos e interativos refletem o uso do pensamento crítico e agregam as características singulares do sujeito cuidado, bem como, do ambiente onde o cuidado ocorre. Assim sendo, conhecer mais profundamente as questões que envolvem o comportamento volitivo e intencional do estudante é de fundamental importância para o ensino do cuidado de enfermagem.

O delineamento do objeto deste estudo contribuiu para a significação de conceitos seminais que alicerçam o cuidado fundamental de enfermagem à luz dos pressupostos teóricos do controle da ação. Mais do que isso, o estudo remete ao significado da enfermagem fundamental, essencial e imprescindível, como descrito por Carvalho e Castro (1985 p.78). Para as autoras, a enfermagem fundamental é a base do processo que lida com atitudes, situações e conceitos que estão presentes em todas as dimensões da enfermagem, pois fazem parte da sua essência como ponto de partida pragmático e teórico.

Finalmente, o estudo se insere no Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, na linha “Cuidados Fundamentais e Tecnologias de

Enfermagem”, vinculado ao Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, na medida em que aponta reflexões sobre componentes da aprendizagem do estudante de enfermagem no que se refere ao seu modo de agir, em especial, quanto à implementação de cuidados básicos de enfermagem, no caso, a prevenção das úlceras por pressão. Enfatiza a importância do reconhecimento das condições que afetam a aprendizagem, da estruturação do pensamento crítico e da tomada de decisão baseada em princípios que permitam construir a singularidade da profissão.

Bases Teóricas e Conceituais

2.1 A arte de cuidar e de ensinar a cuidar no ambiente hospitalar

Antes de se iniciar a reflexão acerca do desempenho do estudante na implementação do cuidado preventivo para as UP, torna-se necessário comentar alguns conceitos que se destacam tanto nas ações mais simples quanto nas ações mais complexas e que certamente expressam o saber e o fazer da enfermagem fundado na arte de cuidar.

Primeiramente, enseja-se uma breve trajetória evolutiva da profissão. Tal trajetória reúne elementos indispensáveis para a compreensão das bases conceituais da enfermagem fundamental. A seguir, distinguem-se os princípios e instrumentos básicos que fundamentam o planejamento das ações do enfermeiro, o cuidado motivado e auto-regulado segundo as orientações da Teoria do Controle da Ação.

2.1.1 Da enfermagem empírica aos dias atuais

Os registros históricos descrevem a enfermagem como uma profissão predominantemente feminina e que mantém um papel fundamental na realização das ações que visam ao cuidado humano. Caracteriza-se pelo movimento de renovação, pela construção do conhecimento científico a partir dos diferentes saberes e pela contribuição com o processo de desenvolvimento social.

Iyer, Taptich & Bernacchi-Losey (1993, p. 3) apontam Florence Nightingale como a autora da clássica definição que articula enfermagem e arte. Em 1859, no livro *Notes on Nursing*, ela atribuiu à enfermagem o sentido de arte e a

responsabilidade pela saúde dos pacientes visando a colocá-los na melhor condição possível. Ressaltou a enfermagem como “a mais bela das artes e, considerada como tal, requer pelo menos tão delicado aprendizado quanto a pintura ou escultura, pois não pode haver comparação entre o que se aplica à tela morta ou ao mármore frio, com o que se consagra ao corpo vivo”.

Para Souza (1987, p.7) a definição elaborada pela Irmã Olívia da Universidade Católica dos Estados Unidos da América enuncia atributos e qualidades distintas para a profissão. As palavras da Irmã Olívia caracterizam a dimensão das ações da enfermagem, individual ou coletivamente, seja no ambiente hospitalar ou não. A definição está centrada na arte e ciência e, sobretudo na visão holística do homem como ser inserido no ambiente social:

“Enfermagem no seu sentido lato é uma arte e uma ciência, que visa ao paciente como um todo – corpo, mente e espírito; promove sua saúde espiritual, física e mental, pelo ensino e pelo exemplo; acentua a educação sanitária e a preservação da saúde, bem como o cuidado ao doente; envolve o cuidado com o ambiente do paciente social e espiritual, tanto quanto físico e dá assistência sanitária à família e à comunidade, bem como ao indivíduo.”

Segundo Souza (*op cit*, p. 8) a enfermagem evoluiu em três fases distintas: a empírica, a evolutiva e a contemporânea. A fase empírica ou primitiva, muito anterior às idéias ensejadas por Florence Nightingale, referenciava-se por crenças místicas e pela prática leiga. Nesse período, predominava o trabalho assistencial de enfermagem desenvolvido por voluntários, pessoas socialmente excluídas e por religiosos. O grande número de doenças infecto-contagiosas e as condições institucionais precárias tornavam o cenário pouco atraente.

Por tais razões, o ambiente mostrava-se desfavorável para o trabalho das enfermeiras. O papel que desempenhavam dependia de fatores que variavam de uma

sociedade a outra. Algumas concepções vigentes nesse período indicavam implicitamente uma ruptura com as crenças sobre a doença, pois mostravam as condutas terapêuticas mais organizadas pelo porvir de uma reforma sanitária.

Assinala-se que os primórdios do século XIX foram marcados pelo avanço da Medicina, pela reorganização dos hospitais e pela reafirmação do médico como principal responsável pelo tratamento dos doentes. Para exercer a enfermagem à época não era necessário possuir um saber elaborado, bastava apenas reproduzir o sistema assistencial excludente e pautado no cumprimento diário das tarefas. Esse panorama evidencia-se nas considerações de Almeida & Rocha (1989, p. 35) sobre o saber e a arte de enfermagem na metade final do século XIX:

“O saber da enfermagem é compreendido como a capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos, e estes são entendidos como a arte de Enfermagem [...]. Os trabalhadores de enfermagem, principalmente os sem instrução, não precisariam conhecer as razões dos procedimentos executados. O importante seria executar as tarefas com economia de tempo e movimentos. Partindo disso, configurava-se a prática do serviço de enfermagem com muitas discordâncias e poucas exigências em relação à formação profissional”.

Hegenberg (2002, p.25) acentua que, nesse século, houve um apreciável impulso nos estudos sobre a origem dos órgãos, dos tecidos e avanços nos campos da Microbiologia e da Parasitologia a partir das revelações de Pasteur. Como decorrência, era possível vislumbrar a perspectiva sanitária diferenciada. Por um lado, o uso mais acessível de instrumentos, como o microscópio para a observação das células, possibilitou o aprofundamento do estudo de lesões e alterações na estrutura dos tecidos, mas, por outro lado, contribuiu sobremaneira para o fortalecimento da hegemonia das ciências médicas.

Graça e Henriques (2000, p. 74) afirmam que a qualidade dos cuidados de enfermagem sofreu modificações qualitativas na segunda metade do século XIX,

apesar de haver o enfrentamento com os problemas tradicionais do início do século relacionados à falta de qualificação, à negligência e à baixa remuneração. A busca por elementos que tornassem mais consistente a definição da enfermagem como arte e ciência, apesar de embrionária, se tornava explícita.

Nesse contexto, as idéias de Florence marcaram o período de transição entre a enfermagem pré-profissional e uma outra mais exigente em termos de capacidade de gestão. A aquisição de conhecimentos, habilidades e características essenciais como o zelo pela organização, pela ordem e a disciplina apontava avanços no sentido de considerar o cuidado de enfermagem em sua integralidade.

Segundo Leopardi (2006, p.177), Florence viveu a influencia das mudanças e conflitos que marcaram o contexto vitoriano no século XIX. O comportamento feminino caracterizava-se pela submissão. As mulheres recebiam uma educação orientada para a manutenção da casa e ocupavam a posição de cidadão de segunda classe, principalmente pelas tendências socialmente construídas à época. Apesar disso, destacava-se pelo pensamento crítico, pela capacidade de liderança e ensinamentos consolidados nas ciências, características incomuns para uma mulher daquele século. No que se refere ao pioneirismo das suas ações, ela delineou a profissão e difundiu os princípios nightingalianos de enfermagem, ultrapassando obstáculos sociais e culturais.

Em síntese, o pensamento crítico, a personalidade, a educação e a perseverança foram elementos que tornaram Florence uma figura dotada de visão holística e horizontes amplos. Em essência, ela entendia que o atendimento prestado aos doentes deveria ser mais humano, atencioso e organizado. Ainda mais,

acreditava que um elemento indispensável para a qualidade do cuidado era o preparo de enfermeiras, estruturado em princípios científicos basilares.

Assim, teve início um período marcante que se consolidou através do desenvolvimento do ensino da enfermagem representado pela educação formal com bases científicas e administrativas. Os princípios nightingalianos estruturaram o modelo de ensino que seguia a lógica do planejamento da assistência realizado no ambiente administrativamente organizado e hierarquizado. Segundo esse modelo, a sistematização do campo de conhecimentos instituiu uma nova arte e ciência.

Torres *apud* George (1993, p.38), considera que a enfermagem atual está fundamentada nas crenças de Nightingale na medida em que foram estruturadas segundo os seus princípios pedagógicos. Assim, vislumbra-se nas suas conquistas a gênese do campo de saber da enfermagem moderna.

A teoria de enfermagem proposta por Florence oferece uma visão ambiental diferente no que tange aos componentes físicos, sociais e psicológicos da prática profissional. É necessário e fundamental compreender que tal concepção é de profundo interesse para o planejamento dos cuidados básicos de enfermagem. O detalhamento conceitual evidencia questões teóricas, reflexivas e críticas sobre o sentido das ações de enfermagem enquanto expressão da arte de cuidar. Há a valorização da presença humana, do suporte emocional e das atitudes requeridas para a promoção do bem-estar ao cuidar de pessoas saudáveis ou doentes.

No primeiro conceito, Nightingale (1989, p.14) reuniu o ambiente físico, o ar puro, a claridade, o aquecimento, o silêncio, a limpeza e a assistência na administração da dieta. A falta de conhecimento ou atenção da enfermagem sobre esses fatores poderia retardar o processo restaurador instituído pela natureza. Entre

seus princípios, considerava que as condições que favoreciam a circulação do ar deveriam ser conservadas tanto no interior da habitação quanto no exterior, em função da manutenção do cliente em equilíbrio com a natureza.

O segundo conceito tratava da importância do ambiente psicológico para a manutenção do bem-estar e do conforto. Mais precisamente a exaltava a preocupação da enfermeira ao buscar o entendimento dos efeitos da mente sobre o corpo e as possíveis interferências ambientais no processo. Florence ressaltava que, para a sua efetividade, a comunicação entre o paciente e a enfermagem não devia ser apressada ou interrompida. Assim, conferia relevância tanto aos processos de comunicação verbais quanto aos não-verbais e as condições necessárias para torná-lo coerentes e integrados ao cuidado de enfermagem.

O terceiro conceito centrava-se na preocupação com o ambiente social. Além das dependências da casa do doente, incluía-se o espaço sócio-comunitário como um elemento capaz de influenciar na recuperação da saúde e na restauração do equilíbrio. Segundo George (1993, p.39), a sujeira, a umidade, a baixa temperatura, as correntes de ar, as emanações e a escuridão constituíam-se como elementos ambientais, expressos nas idéias de Nightingale, capazes de perturbar a saúde de um indivíduo e merecedores de uma atenção especial tendo em vista a implantação das medidas alicerçadas no enfoque preventivo.

Em busca de uma melhor visibilidade e valorização da profissão, as principais marcas da influência nightingaleana foram a desvinculação do ensino de enfermagem empírico e a aproximação com o ensino baseado na sistematização da teoria e da prática. Florence fundou a Escola Nightingale de Treinamento para Enfermeiras no Hospital Saint Thomas de Londres, em 1860. Um dos aspectos mais

significativos do Sistema Nightingale tratava do processo de formação para transformação no que se referia aos princípios singulares da enfermagem menos vinculada à visão médica. Assim, o processo ensino-aprendizagem envolvia elementos científicos e humanísticos visando a uma concepção de enfermagem fundamentada em bases conceituais coerentes com a arte de cuidar e subsequente determinação das ações para o planejamento do cuidado. Essa iniciativa serviu de referência para as escolas que surgiram posteriormente.

Carvalho (2004, p 807) reitera que a nova concepção consolidou-se como “Sistema Nightingale, posto que conjugado nos três elementos – sistema de princípios, modelo de ensino e arte de cuidar – serviu na medida à justificação da enfermagem como promoção da prática científica”. Parece bastante clara a idéia de descontinuidade entre o modelo de pensamento vigente à época e a abordagem do conhecimento de enfermagem demarcada por Florence. A autora (*op cit*, p.807) também considera que a contribuição nightingaliana para *o saber e o fazer* dos profissionais merece o sentido de ruptura epistemológica.

Dessa forma, os novos caminhos profissionais foram concebidos e tornaram-se mais evidentes a partir da organização da estrutura hospitalar e da legitimação da enfermagem institucionalizada. Isso possibilitou reescrever a história da produção do saber científico da enfermagem. Florence construiu fundamentos pedagógicos seminais que até hoje norteiam o ensino de enfermagem, da arte de cuidar e de ensinar a cuidar.

Leopardi (1999, p.14) explicita que a organização da profissão e as transformações que o exercício de enfermagem sofreu no século XIX demandaram um aprendizado formal e a normatização legal. O aperfeiçoamento das bases

teóricas e a possibilidade do conhecimento ampliado assinalavam o começo de uma nova fase.

No Brasil, as nuances de uma nova concepção de enfermagem também foram percebidas. As mudanças da conjuntura política de controle das epidemias determinaram os rumos da institucionalização do ensino no século XIX que, a princípio, era oferecido em instituições vinculadas à Igreja. A necessidade de profissionais treinados para agir no saneamento e na vigilância sanitária acelerou a sistematização do ensino de enfermagem com a criação de escolas anexas aos hospitais.

No decorrer do século XIX, houve a expansão das escolas de enfermagem devido à necessidade da formação de recursos humanos, a elaboração de leis específicas e modelos pedagógicos. Para Scherer *et al* (2006, p 289), o final do século passado marcou o campo de ensino com transformações fundamentadas nas teorias críticas, na concepção construtivista, na problematização das práticas e saberes e na atitude de se repensar as posições positivistas e biologicistas.

Assim, questões conceituais clássicas do ensino de enfermagem têm sido investigadas à luz de pressupostos, evidências e implicações filosóficas. Contudo, o questionamento sobre a concepção epistemológica da profissão mantém um eixo comum que estrutura a significação do objeto de trabalho e imprime aos sujeitos a necessidade de incorporar outros saberes e práticas.

No que concerne à evolução no campo do ensino, estruturalmente fundada nos modelos hegemônicos, a enfermagem cede espaço à significação social e o cuidar com singularidade, adotando uma perspectiva mais humanista apesar da descontinuidade decorrente das resistências históricas. Mais do que isso, Nightingale

(1989, p.14) ressalta que, apesar da resistência, o fazer da enfermagem ultrapassou limites impostos à época e passou a privilegiar as ações fundamentadas em bases científicas, éticas e estéticas.

A despeito da predominância do fazer, o significado de cuidar transcende a idéia do que é procedimental na arte de cuidar. Na enfermagem contemporânea, evidencia-se o saber científico que agrega bases históricas, culturais, antropológicas, econômicas, políticas e pedagógicas nos campos de prática para dar consistência e ampliar a abrangência das ações.

O processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações e comportamentos realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. Neste sentido, reúne interação, desenvolvimento e crescimento, o que se dá de forma contínua ou em um determinado momento, mas que tem o poder de conduzir à transformação (WALDOW, 1998).

Destaca-se que, na era tecnológica, parece pertinente advogar em defesa de tal importância, em coerência com a função social, sem perder de vista a sua essência, que é cuidar das pessoas, da família e da comunidade em qualquer etapa do ciclo vital.

No âmbito educacional, amplia-se a discussão acerca das concepções teóricas que devem nortear as diretrizes e as prioridades para a práxis profissional humanizada. Convém ressaltar a formação de estudantes capazes de tomar decisões firmadas nas competências e habilidades que se consolidam para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem holístico.

Desse modo, atenta-se para a participação ativa dos sujeitos no sentido de compor o cuidado de enfermagem ético, seguro e responsável, pois este mostra com clareza o marco fundamental no ato de assistir ao cliente. Além disso, os movimentos de mudança dão visibilidade às reflexões sobre a arte de cuidar no contexto acadêmico.

2.1.2 Reflexões acerca da arte de cuidar e a natureza da enfermagem fundamental

Os caminhos trilhados pela enfermagem têm buscado principalmente a consolidação do objeto de trabalho, a definição de um corpo de conhecimento próprio e organização dos modelos teóricos coerentes com a realidade social. Conseqüentemente, os grupos profissionais apresentam as suas reflexões acerca dos conceitos, da demarcação das áreas de conhecimento, da definição das bases ontológicas e epistemológicas do objeto da profissão que é o cuidado de enfermagem. No entanto, as variadas considerações sobre o significado da enfermagem como ciência e arte apresentam os contornos do momento histórico, político, filosófico e social e convergem para o processo de cuidar.

Se a enfermagem é arte e ciência, o ser-enfermeiro é aquele que possui conhecimento e habilidades capazes de assumir o compromisso de cuidar dos seres humanos. Neste contexto holístico e humanitário, Horta (1979, p.3) considera que “o ser-enfermeiro é gente que cuida de gente”. Segundo a autora (*op cit*, p.3), a enfermagem é realizada e idealizada como ciência e arte de assistir o indivíduo, a família e a comunidade no atendimento de suas necessidades básicas, agregando a

educação, a recuperação, a manutenção e a promoção da saúde em colaboração com outros profissionais.

Nesse contexto, cabe refletir sobre a função da enfermeira, da abrangência dos cuidados planejados e implementados e dos objetivos que deseja alcançar. Henderson (1962, p.14) descreve que a função peculiar da enfermeira é assistir ao indivíduo sadio ou doente no desempenho das atividades que contribuem para a manutenção ou recuperação da saúde de modo que ele recupere a sua independência o mais rápido possível.

Nessa perspectiva, uma das funções primordiais da profissão é atender as necessidades imediatas das pessoas em sua vida diária. As ações são orientadas para assisti-las a respirar, comer, eliminar ou locomover-se e, em longo prazo, estimular o autocuidado sem a intenção explícita de substituí-las nas atividades que possam realizar por si mesmas.

Destaca-se ainda a atuação preventiva da enfermeira ao assistir as pessoas sadias tendo em vista a antecipação e a manutenção das ações que previnem os agravos à saúde. Seguindo este viés, Henderson listou princípios básicos sobre os cuidados de enfermagem que atuam como norteadores do planejamento da assistência. (HENDERSON, 1962)

Na essência desse debate, a enfermagem inclui a interação entre as pessoas e o ambiente, dentro ou fora das instituições assistenciais visando a manutenção e a restauração da saúde. Para Leopardi (2006, p. 10) é o trabalho daqueles que tratam dos enfermos para que se tornem novamente sadios e firmes. Assim, a partir das referências citadas, aflora o pensamento crítico que distingue a enfermagem como arte e ciência e o papel da enfermeira como agente do cuidado.

Consolida-se a premente necessidade de formar uma base conceitual sólida sobre a qual deve se assentar o ensino da arte de cuidar.

Primeiramente, discute-se a premissa de que durante anos a enfermagem foi orientada por idéias derivadas das crenças do senso comum, empiricamente inadequadas à lógica científica. No entanto, apesar dessa marca, consolidava-se o uso dos termos arte e ciência como descritores do sentido da profissão a exemplo do significado atribuído por Florence.

Carvalho (2003, p.668) diz que “a arte da enfermeira, segundo a intencionalidade epistemológica passa ser considerada, por aproximação, uma ciência em vias-de-se-fazer”. Ao distinguir arte de e arte da Enfermagem, Caccavo & Carvalho (2000, p.16) consideram que a arte da enfermagem é expressa pelos enfermeiros no decorrer das suas ações ao prestar cuidados aos clientes. Portanto, a arte da enfermagem demanda percepção, intenção e ação do enfermeiro a fim de empregar os princípios que agregam o conhecimento teórico e prático e que fundamentam as ações orientadas para a clientela.

A esse respeito Carvalho (2003, p.669) considera que “a arte de cuidar, no âmbito da prática assistencial, constitui o eixo de sustentação do papel profissional e da responsabilidade social da enfermeira”. Mais do que isso reitera que a “arte da enfermeira” se consolida no encontro da enfermeira com os clientes e nos cuidados prestados às pessoas e aos grupos humanos nos diversos campos de atuação e relaciona-se ao saber profissional.

Para Hesbeen (2000, p 115) ser um artesão dos cuidados de enfermagem implica em “procurar continuamente a afinar e desenvolver a sua arte, procurar tanto

partilhar como discutir e criticar sua prática e ter uma visão enriquecida da vida, da humanidade, da saúde, do cuidar e dos cuidados de enfermagem”.

Para efeito deste estudo, as referências apresentam a visão da arte e ciência que conjuga ação, técnica, emoção e razão. A arte de cuidar não é estanque, comporta continuamente o aprendizado de princípios básicos, a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas às necessidades individuais e ao planejamento dos cuidados de enfermagem. Envolve a interação entre abordagens diferenciadas e se expressa tanto nos referenciais mais simples quanto nas inovações tecnológicas.

As bases conceituais da enfermagem fundamental reúnem um conjunto de conhecimentos teóricos e habilidades técnicas, sedimentados na ética, na política e no desenvolvimento científico – tecnológico, a fim de prestar o cuidado de enfermagem individual ou coletivo às pessoas. Dada maior ênfase, o sentido atribuído ao cuidado básico de enfermagem reflete e interpreta a responsabilidade de se proporcionar a assistência adequada às necessidades da clientela considerando-se todo o ciclo vital, dentro e fora das instituições.

Dessa forma o cuidado está presente em todos os níveis de atenção à saúde e deve ser orientado para atender as necessidades afetadas, comuns tanto no indivíduo doente quanto no saudável. Outros termos integradores como Introdução à Enfermagem, fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Básica têm sido empregados como sinônimos para definir os seus limites como área de conhecimento.

Apesar de ser parte introdutória do Curso de Graduação, a enfermagem fundamental mantém sua visibilidade e transversalidade tanto na teoria quanto na

prática social nas áreas assistencial, de ensino, de pesquisa e de extensão. Em consonância, é primordial que tal concepção seja clarificada e que os princípios que sedimentam os cuidados básicos sejam aplicados no aprendizado das ações cotidianas dos estudantes.

Diante de tal complexidade, Carvalho (2003, p.667) explica que um conceito abrange um conjunto de elementos que possibilitam uma definição “é um termo classificatório e serve como palavra-chave para designar uma idéia abstrata e geral; termo sob o qual podemos unir ou reunir vários elementos para expressar, ou interpretar, algo que está debaixo da nossa consideração”. Portanto, cabe relembrar algumas concepções que delineiam o modo de agir profissional como expressão do cuidar.

Fazendo uma breve retrospectiva, Carvalho & Castro (1985) explicam que o termo enfermagem fundamental foi cunhado à época da Reforma Universitária, momento em que se iniciaram as mudanças em diversos cursos, como por exemplo, a implantação de novos modelos curriculares tanto para a graduação quanto para a pós-graduação em Enfermagem, no cenário nacional. Longe de adentrar nesse contexto, ressalta-se que em consequência da promulgação da Lei 5540/68, houve a reorganização dos desenhos pedagógicos e administrativos das instituições de ensino superior no país. No entanto, mantinham-se as discussões sobre certos domínios inclusive a natureza e o campo de ação específico da enfermagem fundamental.

Para atender às demandas do novo cenário, destaca-se que, na Escola de Enfermagem Anna Nery, foram criados os Departamentos de Ensino e as respectivas áreas de concentração do conhecimento. Segundo Carvalho (2003), a primeira área

proposta à época recebeu a denominação de “Enfermagem Fundamental” e comportava as disciplinas com conhecimentos básicos para a formação do enfermeiro, a saber, Fundamentos de Enfermagem, Introdução às Ciências da Enfermagem, História da Enfermagem e ética profissional. Essas disciplinas constituíam-se como as áreas de domínio do Departamento de Enfermagem Fundamental.

Posteriormente, na década de noventa, três dessas áreas foram reconfiguradas e passaram a se chamar: Concepções Teóricas da Enfermagem; Cuidados Fundamentais e Tecnologias da Enfermagem; Ética aplicada à Enfermagem (Alvin *et al*, 1999).

As outras grandes áreas de responsabilidade dos demais departamentos da Escola de Enfermagem Anna Nery foram denominadas Enfermagem Assistencial, que agrupava as disciplinas relativas ao ensino, a pesquisa e a prática de assistir a pessoas e grupos humanos e a Metodologia da Enfermagem que tratava da educação, liderança, gerência e legislação específica para o exercício da enfermagem (CARVALHO, 2003).

A partir destas considerações, Carvalho e Castro (1985, p. 78)

referenciam a natureza do conceito de enfermagem fundamental como:

“A ordem ou conjunto de proposições e de idéias mais gerais ou mais simples, de onde se deriva a totalidade dos conhecimentos da Enfermagem; representa as bases sobre as quais se assenta toda a prática da Enfermagem, e inclui o aparato ético-filosófico e a dimensão histórica da profissão”.

As autoras (*op cit*, p.78) reiteram que “a prestação de cuidados básicos de enfermagem se faz a qualquer clientela, em qualquer cenário, e nada mais é do que a aplicação dos conhecimentos gerais e simples de Enfermagem a situações

particulares”. Assim sendo, a sua originalidade está presente no cuidado independente do contexto em que se expressa.

É pertinente refletir sobre a essencialidade dos princípios fundamentais para o entendimento das ações que visam integralmente o cuidado em situações originalmente diversas. A análise de Henderson (1962, p.11) traz à discussão o uso dos princípios e descreve os cuidados básicos como aqueles que se aplicam em qualquer ambiente e que “qualquer pessoa necessita, independente do diagnóstico médico e da terapêutica prescrita, embora ambos exerçam influência no plano que a enfermeira terá que estabelecer inicialmente para a prestação de cuidados ao doente”.

Henderson (*op cit*, p.21) listou os princípios que orientam os cuidados que devem ser dispensados a qualquer pessoa independente do diagnóstico médico ou tratamento recebido. De acordo com a autora, tais componentes relacionam-se freqüentemente a situações que afetam as necessidades básicas dos clientes, incluindo certos estados patológicos (Quadro 01).

Nesse âmbito, os elementos que constituem os cuidados básicos se articulam às necessidades humanas básicas que são expressões do equilíbrio das funções orgânicas. Segundo Maslow (1970) as necessidades humanas obedecem a uma hierarquia, ou seja, uma escala de valores que se sucedem. Isto significa que no momento em que o indivíduo realiza uma necessidade, surge outra em seu lugar, exigindo sempre que as pessoas busquem meios para satisfazê-las.

Quadro 01 – Necessidades comuns a todos os pacientes identificadas habitualmente pela enfermeira segundo Henderson (1962)

Elementos que constituem os cuidados básicos de Enfermagem	Situações constantes que afetam as necessidades básicas	Estados patológicos que alteram as necessidades básicas
Dar assistência ao paciente nas		

<p>seguintes atividades, ou prover-lhe condições que o habilitem a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respirar normalmente - Comer e beber adequadamente - Eliminar por todas as vias de excreção. - Manter boa postura ao caminhar, assentar, deitar e mudar essas posições - Dormir e repousar adequadamente - Escolher roupas adequadas, vestir-se e despir-se - Manter a temperatura corporal dentro do limite considerado normal mediante roupas adequadas e controle da temperatura do ambiente - Manter-se limpo bem cuidado e protegido - Evitar perigos no meio ambiente: evitar causar acidentes a outrem - Comunicar-se com outros, expressando as suas emoções, necessidades, temores, etc. - Satisfazer sua necessidade religiosa de acordo com a fé que professa - Trabalhar em algo que lhe proporcione um sentimento de realização - Divertir-se ou participar das várias formas de recreação - Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento normal e sadio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Temperamento, estado emocional ou disposição de humor: normal, eufórico e hiperativo, angustiado, amedrontado, agitado, histérico e deprimido ou hipoativo. - Status social ou cultural: membro de uma família unida e com amigos de posição social e cultural, ou pessoas relativamente só ou desajustada, privada de recursos. - Capacidade física ou intelectual: peso normal, peso acima do normal, peso abaixo do normal, inteligência normal, inteligência abaixo do normal, mente privilegiada, sentidos, outras faculdades de percepção deficitárias, função motora normal e função motora ausente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Distúrbios acentuados do balanço hídrico e eletrolítico, incluindo os estados de inanição, vômito pernicioso e diarreia. - Necessidade aguda de oxigênio - Estado de choque - Distúrbios do consciente – desmaio como e delírio - Exposição ao frio ou calor, causa da queda ou elevação anormal da temperatura corporal - Estados febris agudos - Lesões ou ferimentos ou infecção - Estados infecto-contagiosos - Estado pré-operatório - Imobilização por doença ou prescrita como tratamento - Dor persistente ou intolerável.
--	--	--

No contexto, as necessidades são classificadas como fisiológicas, de segurança, de afiliação ou aceitação, de estima e de auto-realização. As necessidades fisiológicas se relacionam à motivação do comportamento e do equilíbrio das funções humanas, ou seja, regulação da respiração, nutrição, excreção, controle hídrico, temperatura, proteção do organismo, sono e repouso, dentre outras.

Apesar da predominância dos componentes fisiológicos, que naturalmente constituem a sobrevivência do indivíduo, procura-se satisfazer do conjunto das necessidades em qualquer etapa do ciclo vital independente do

ambiente e do processo saúde e doença. Para isso, o planejamento de enfermagem visa contemplar a satisfação das necessidades básicas, apesar de estar claro que não há satisfação plena.

Em síntese, ressalta-se a valorização do cuidar com simplicidade e singeleza. Para tanto, a natureza do cuidado de enfermagem, em qualquer nível de atuação, incorpora a prática singular de assistir à pessoa, a família e ao grupo social em cenários diferenciados.

2.1.3 O planejamento do cuidado básico de enfermagem

É pertinente ressaltar que a prática holística e o êxito do cuidado básico pressupõem o uso de meios que operam como guias de ação. A partir dessa reflexão, pelo menos três recursos essenciais são destacados no que diz respeito a sistematização da assistência. Assim, uma breve descrição do processo de enfermagem, dos instrumentos e dos princípios básicos se faz necessária para o entendimento de questões relativas ao modo de agir do estudante e aos recursos que ele emprega para estruturar o planejamento da assistência.

O desenvolvimento do processo de enfermagem segundo Horta (1979, p. 35) é “a dinâmica das ações sistematizadas e inter – relacionadas, visando a assistência ao ser humano.” Pode-se afirmar que é um método assistencial que favorece o cuidado humano, ordena e direciona o trabalho da enfermagem. Para a autora, distinguem-se seis fases que contemplam o histórico, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, a prescrição, a evolução e o prognóstico.

Considerado por Iyer (1993, p.10) como uma ampla estrutura teórica aplicada à prática, o processo de enfermagem trata de uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige a aquisição de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais para a sua execução. Organiza-se em cinco fases sequenciais, a saber, o histórico, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação.

Para Leopardi (2006, p.55), as etapas do processo “compreendem os momentos do trabalho, que iniciam com o primeiro contato entre o profissional enfermeiro e o enfermo, e terminam quando a finalidade do mesmo é alcançada, quando eles encerram o vínculo terapêutico”. Portanto, implica em ações principais como a reunião dos dados, identificação das necessidades assistenciais, prescrição dos cuidados, priorização no atendimento das necessidades afetadas, execução do plano de cuidados e avaliação do alcance dos objetivos. Como tal requer métodos, pessoal disponível e instrumentos específicos que permitam a continuidade de todas as fases.

Em linhas gerais, a organização do histórico visa obter informações sobre condições ou fatores que podem interferir no processo saúde – doença. Na fase inicial, os dados objetivos e subjetivos são coletados nas diversas fontes, que incluem pelo menos o cliente, a família e registros médicos. A coleta de dados envolve a interação entre os agentes, a comunicação expressiva e a observação atenta, além das técnicas específicas para o diagnóstico. A entrevista, a anamnese e o exame físico são os métodos comumente utilizados para estabelecer a base de dados que subsidiarão o diagnóstico de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem se fundamenta em conceitos teóricos e modelos que aglutinam o pensamento crítico – reflexivo, o julgamento clínico e a

tomada de decisão, além de outros recursos. Nesta fase, há a ordenação e classificação das informações coletadas no histórico, tendo em vista a análise e a interpretação dos dados, a identificação dos problemas e a elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Cabe informar que os dados podem ser organizados segundo os sistemas de classificação da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), dentre outros.

Na fase seguinte, o planejamento trata da prescrição dos cuidados que serão implementados pela equipe segundo os objetivos e as prioridades identificadas no cliente. Aqui se destacam as adequações e as mudanças para a continuidade do plano assistencial apontadas pelos critérios empregados na fase de avaliação.

A prescrição dos cuidados básicos pressupõe também o uso de princípios e instrumentos fundados nas habilidades, competências e atitudes. Para a consecução das fases o estudante necessita manter a atenção, a concentração e priorizar as ações visando a solução de problemas. Isto permite consolidar um planejamento assistencial contínuo, seguro e terapêutico. Para tanto, ressalta-se o emprego dos instrumentos básicos de enfermagem como subsidio para as etapas do processo.

No contexto dos fundamentos de enfermagem, Horta *et al.* (1970, p.5) definem os instrumentos básicos como “o conjunto de conhecimento e habilidades fundamentais para o exercício de todas as atividades profissionais”. As autoras listam como recursos a comunicação, o planejamento, a avaliação, o método científico ou de problema, a observação, o trabalho em equipe, a destreza manual e a criatividade. Cada um dos instrumentos citados apresenta-se como essencial na consecução da sistematização da assistência porque possibilitam o acesso e a reunião das informações para as ações coerentes com as necessidades da clientela.

O uso do processo de enfermagem proporciona aos estudantes um momento de interação com os clientes, de planejamento do cuidado e avaliação da qualidade da assistência prestada. Outrossim, o método de trabalho articulado com a sensibilização ensina o modo atento de agir para a identificação das situações objetivas e subjetivas. A sua aplicação deve estar em consonância com o conhecimento teórico representado por conceitos e modelos que se fundamentam no pensamento crítico, no julgamento clínico e na tomada de decisão.

2.2 A prevenção das úlceras de pressão na cena hospitalar através do cuidado de enfermagem motivado e auto-regulado

O detalhamento das características do hospital é essencial para o estudo. De fato, a cena hospitalar está repleta de elementos distratores. Tais distrações sejam de origem interna ou externa, propiciam a transferência do foco de atenção, afetam a concentração do estudante e determinam mudanças no curso de ação durante a avaliação, diagnóstico e planejamento das ações efetivas.

2.2.1 O cenário hospitalar

Em geral, a estrutura hospitalar é uma área planejada para atender aos clientes que necessitam de internação ou de tratamento ambulatorial. O fluxo é intenso principalmente nos horários diurnos em que há maior concentração de profissionais. A gestão institucional impõe normas, rotinas e regulamentos que a princípio pressupõe a organização integrada das pessoas que circulam neste espaço.

O dia-a-dia impõe um ritmo dinâmico representado pelo movimento de ir e vir das pessoas, os ruídos, os odores, o pudor e a mistura de sofrimento e esperança. É um ambiente repleto de pessoas com as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais afetadas onde se percebe o medo da morte, a angustia das limitações e a incerteza do próprio destino.

Os clientes com a saúde ameaçada ou prejudicada manifestam as alterações decorrentes das rupturas impostas pela hospitalização e pelo afastamento familiar e por vezes buscam a segurança no cuidado atencioso e acolhedor oferecido pela equipe de enfermagem.

No que se refere à equipe de saúde, observa-se que há a divisão técnica do trabalho entre a enfermagem e outros grupos de profissionais que compartilham as ações educativas, administrativas, preventivas, curativas e de reabilitação. Em contraste observa-se a diferença entre as maneiras de cuidar, os métodos de trabalho e o acompanhamento da clientela.

Em síntese, é um cenário onde ocorrem situações que exigem a manutenção ou o redirecionamento das decisões. Para o estudante de enfermagem significa experimentar concretamente a dinâmica do ambiente hospitalar e estar apto para resolver simultaneamente um conjunto de questões emergentes do contexto.

Assim o caminho entre a avaliação e a tomada de decisão é mais árduo para alguns estudantes do que para outros. Convém salientar que há o esforço do estudante para a adaptação a um ambiente tão diverso e também a mobilização de estratégias, nem sempre coerentes, organizadas e satisfatórias a fim de dar curso as ações.

É crucial entender que o grau de envolvimento do estudante nas atividades hospitalares também apresenta variações em consonância com fatores cognitivos e afetivos. Ao refletir sobre esta questão, Meece & McColskey (2001, p. 5) reiteram que os estudantes motivados demonstram interesse, são persistentes e mantêm-se atentos afastando-se das distrações. Por diferentes razões, alguns estudantes precisam de estímulos e outros de direção para planejar o cuidado neste cenário.

Em suma, essas reflexões pressupõem a pertinência de se utilizar instrumentos que permitam identificar a capacidade de auto - regulação do estudante diante dos eventos distratores. Tais eventos modulam da aprendizagem, desviam a atenção, interferem no desempenho, no esforço e na persistência para a implementação do cuidado básico em maior ou menor grau.

2.2.2 A motivação como interferente nas ações do estudante na implementação dos cuidados preventivos para UP

A motivação para cuidar contribui para a manutenção do compromisso pessoal do estudante com a promoção da saúde e bem - estar do cliente. Apesar de ser um comportamento abstrato permite ser analisado segundo várias vertentes. Assim sendo, Silva & Sá (1993, p.26) descrevem a motivação como um impulso que oferece direção à ação, atribuindo-lhe os significados da vida, do trabalho, das outras pessoas e das relações que com ela se estabelece. É um processo interno que impulsiona o indivíduo a atuar em direção à satisfação de uma necessidade. Consiste

num movimento absolutamente pessoal, uma vez que cada indivíduo possui razões específicas que o levam a agir de maneira peculiar.

Neste contexto, um determinado indivíduo, poderá agir de certa maneira mesmo que expresse de forma explícita o seu desejo de não fazê-lo. Neste caso houve um conjunto de forças que o dirigiu para a ação citada e o conjunto de forças denomina-se motivação.

Dessa avaliação decorrem algumas conseqüências para a aprendizagem. Em primeiro plano, do ponto de vista pessoal, há uma flutuação no valor que os estudantes atribuem a implementação dos cuidados básicos e a identificação das necessidades afetadas nos clientes hospitalizados. É possível perceber comportamentos motivacionais dessemelhantes que tem influencia direta e indireta na realização do cuidado e satisfação dos clientes.

Arends (1997) *apud* Ferreira (1999, p.169) refere que toda tarefa tem pelo menos um dos três tipos de valor para os estudantes: o valor da realização ou da importância de realizar bem a tarefa; o valor intrínseco ou interesse pelo prazer que se obtém da atividade como tal e o valor da utilidade, porque a tarefa nos ajuda a alcançar uma meta de curto ou longo prazo.

Em particular, apesar de definida de forma simples a relação entre orientação motivacional e desempenho revela-se como um processo complexo. Conhecer as características individuais dos estudantes, a motivação, a percepção da realidade e as próprias ações são prerrogativas que auxiliam na identificação do desempenho do estudante. Conforme ressalta Sá (2005, p. 27) diferentes perspectivas sobre a motivação para a aprendizagem demonstraram duas variáveis que contribuem para o desempenho. A primeira variável é a auto-avaliação da

competência e a segunda variável se refere às expectativas e ao controle sobre o sucesso ou fracasso acadêmico.

No campo educacional, Pavão (2003, p.71) considera a valorização da motivação para a aprendizagem e que, tanto professores quanto estudantes têm investido esforços no processo. Nesse sentido, Carretero (1997, p.56) reitera que as tarefas acadêmicas não se realizam adequadamente sem a motivação, seja para aprender conceitos ou para pôr em uso as estratégias para resolução de problemas.

A teoria desenvolvida por Kuhl (1985) considera a tendência motivacional como o ponto de partida para a realização da ação. Por esse prisma, permite-se afirmar que a motivação exerce um papel ativador para a auto – regulação ou controle de ações na medida em que o empenho do estudante apresenta variações de acordo com os objetivos que pretende alcançar e isso possibilita a manutenção do compromisso com a ação. O planejamento, a concentração no objetivo, a consciência do quer aprender e a busca ativa de informações são elementos que recebem fortes influencias dos determinantes da motivação.

Com base na experiência docente observa-se a existência de diferenças marcantes na priorização das ações e na autodeterminação em campo prático. Esta questão implica em aprofundar a discussão sobre o modo como estudantes percebem a abrangência e o domínio da enfermagem fundamental que se expressa através da integralidade do cuidado.

Para adentrar nessa área do saber científico diante de situações múltiplas e variadas, optou-se por desenvolver a investigação focalizando os cuidados básicos de enfermagem para a prevenção das úlceras por pressão. Na maioria dos casos, são

lesões previsíveis e o tratamento requer um conjunto de ações orientadas para todos os clientes, hospitalizados ou não.

Assim, é imprescindível que o estudante aprenda a realizar conscientemente os cuidados preventivos para UP. Essa consciência permite a avaliação das necessidades da clientela, a prescrição de cuidados coerentes com as evidências observadas e a reflexão sobre as próprias ações para torná-las adequadas e eficientes. Tal consideração valoriza os conteúdos teóricos e procedimentais apresentados a seguir. Leva-se em conta que devem ser aprendidos em função do cuidado e ter significado para o estudante.

2.2.3 Os cuidados básicos de enfermagem para a prevenção da UP

A úlcera de pressão é definida pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* – NPUAP (1989) como uma área de morte celular que se desenvolve a partir da compressão de um tecido mole entre uma superfície dura e uma proeminência óssea por um período prolongado.

Segundo Irion (2005, p.120) são lesões dispendiosas, preveníveis e que apresentam indicadores de incidência e de prevalência elevados. A terapêutica em curto ou em longo prazo tem custos altos considerando-se os procedimentos frequentes, como desbridamento e enxerto de pele ou acompanhamento fisioterápico. A presença das UP afeta a auto-imagem, a auto-estima e as necessidades básicas dos clientes, dificulta o autocuidado e acarreta maior grau de dependência da assistência profissional. Apesar de não se constituir como uma

ameaça direta à vida do cliente, causa desconforto, agravos e influencia no aumento da permanência hospitalar.

Os estudos de Bergstrom *et al.* (1987, p.202) afirmam que há certa dificuldade para se estimar os custos do tratamento global das UP. Apesar de serem complicações capazes de elevar os índices de morbidade e mortalidade, a sua documentação é assistemática na maioria das instituições. Ainda mais, naquelas em que os protocolos de avaliação ainda não foram implantados. Tal fato dificulta os registros estatísticos dos casos e, conseqüentemente, o cálculo preciso dos custos investidos no tratamento.

As UP são eventos de distribuição mundial. Fernandes (2000, p.7) informa que estudos realizados no Canadá, Europa e África do Sul indicaram um percentual de 3% a 11% de úlceras de pressão em clientes hospitalizados. De acordo com Anselmi, Peduzzi & Junior (2003, p.59), estudos realizados nos Estados Unidos estimaram que, em média, dois milhões de pessoas apresentam UP anualmente, equivalendo a um custo hospitalar mensal de quatro a sete mil dólares por cliente. No Brasil, apesar de escassos, os estudos assinalam que os cuidados com a pele são relevantes indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem.

2.2.3.1 Fatores predisponentes ao aparecimento das UP

As UP resultam de fatores extrínsecos e intrínsecos que tornam a pele suscetível e estão presentes em situações cotidianas. A carga de pressão sobre os tecidos, a fricção, a força de cisalhamento, agentes químicos e a umidade são fatores extrínsecos de risco.

No que se refere à pressão, estima-se que cargas pressóricas superiores a 32mmHg iniciam o processo de colapso capilar, isquemia e alterações no fluxo linfático, originando alterações teciduais (BRYANT, 1992a). Assim sendo, a gravidade da lesão por pressão relaciona-se principalmente com a intensidade, a duração e a tolerância tecidual. Portanto, se a pele for submetida a pressão elevada durante curto período ou a pressão baixa por um longo período sofrerá a oclusão do fluxo capilar, diminuição da oxigenação e nutrição tecidual comprometida. Conseqüentemente, a hipóxia, isquemia e necrose contribuirão para o agravamento da lesão.

A fricção entre duas superfícies é um outro fator que merece a atenção da equipe de enfermagem. As principais causas de atrito na pele são a movimentação no leito ou durante o transporte na cadeira ou na maca. As roupas de cama ásperas e enrugadas e o uso de massagem excessiva sobre proeminências ósseas também contribuem para o aparecimento da UP causado por fricção.

Um outro fator extrínseco que causa UP é o cisalhamento. Na maioria das vezes é um evento silencioso que se instala rápida e progressivamente se não forem instaurados os cuidados preventivos e o acompanhamento da lesão. Segundo Fernandes (2000, p.14), o cisalhamento é uma força mecânica presente quando a pele permanece estática e os tecidos subjacentes se movem. Tem como causas prováveis a mudança inadequada de decúbito, o posicionamento incorreto e espasticidade. Atinge seriamente o tecido muscular e a área mais afetada do corpo é a região sacra.

Por outro lado, a etiologia da UP também está relacionada a condições intrínsecas como o estado de saúde do cliente, resposta tissular, resposta neurológica

e idade avançada. A ineficiência dos sistemas respiratório, circulatório, renal, muscular, sensorial, nutricional e a diminuição da resposta inflamatória interferem na circulação e no fornecimento de nutrientes para a célula, causam nutrição deficiente do tecido subcutâneo e diminuição da pressão capilar. Tais fatores modificam a textura, o turgor e a hidratação da pele aumentando o risco para lesões.

Costa (2003, p 41) destaca que a observação da equipe de enfermagem deve atender também aos clientes com a percepção sensorial diminuída pelo uso de medicamentos sedativos, anestésicos e vasopressores. Tais condições promovem o relaxamento, a diminuição ou a perda da sensibilidade em toda a superfície corporal. O cliente permanece um período maior na mesma posição, a mobilidade diminui durante o sono, tornando, assim, os pacientes susceptíveis à pressão prolongada.

Considera-se também que a ingestão insuficiente de nutrientes, principalmente proteínas e vitaminas, é um outro predisponente para o aparecimento da UP. A carência nutricional compromete a formação do colágeno e proporciona o aumento da suscetibilidade do tecido tegumentar, quando exposto ao trauma causado pela pressão. (BRADEN & BERGSTROM, 1987; BRYANT *ET AL.*, 1992; DEALEY, 1996).

Portanto, a desnutrição, o emagrecimento e a obesidade são fatores significativos para o desenvolvimento de úlceras de pressão. No emagrecimento, a musculatura torna-se hipotrófica e o tecido adiposo reduzido expõe as proeminências ósseas. Em pacientes obesos, ocorre um isolamento térmico excessivo e conseqüentemente, uma redução das perdas de calor normais que se evidencia pela transpiração aumentada. Além disso, a obesidade é um importante limitador de mobilidade física. Os clientes obesos têm maior dificuldade para

mobilizar-se e serem mobilizados. Geralmente a pele desses clientes sofre fricção expressiva ao serem arrastados na cama ou cadeira durante a mobilização. (ATKINSON & MURRAY, 1989).

Irion (2005, p.37) reitera que as alterações orgânicas repercutem na ferida, tornando a cicatrização prolongada. Se as condições específicas do cliente e seu estilo de vida também não forem considerados, a otimização da cicatrização não será tão efetiva. Assim, a adequação e a eficiência dos cuidados preventivos devem ser privilegiadas pela relevância, tanto para o paciente e sua família no que se refere ao bem – estar quanto para o hospital, no que se refere aos custos.

2.2.3.2 A avaliação dos riscos para a integridade da pele prejudicada

Em linhas gerais, a implementação dos cuidados básicos de enfermagem para a prevenção das UP se desdobra em várias etapas. Fernandes (2000, p.22) cita as diretrizes da *Agency for Health Care Policy and Research - AHCPR* - para a prevenção, prevenção e tratamento das UP em que são abordados quatro aspectos do cuidados para o alcance dos objetivos. São eles: a) a avaliação do risco; b) as medidas preventivas, cuidados com a pele e tratamento precoce; c) a redução da carga mecânica e uso das superfícies de suporte e d) a educação estruturada para profissionais, pacientes e cuidadores.

A avaliação do risco requer o uso instrumentos básicos de enfermagem e um conjunto de técnicas simples e de baixo custo operacional que incluem a observação, a ausculta, a inspeção e a palpação, sendo que as duas últimas são as mais utilizadas no exame da pele. Potter & Perry (2002, p.213) enfatizam que a

avaliação eficiente reúne as competências cognitivas, a habilidade técnica e a relação interpessoal e a sua utilização torna o profissional mais informado sobre as condições do cliente.

Assim sendo, o histórico e o exame sistemático da pele são elementos primordiais para o diagnóstico precoce das lesões. Pelo exposto, são coletadas informações relacionadas à história prévia de úlcera por pressão, nutrição inadequada, alterações da motricidade e sensibilidade, a idade, doenças metabólicas, alterações imunológicas, neoplasias, infecções, incontinência urinária e fecal. Os achados mais comuns que permitem evidenciar a progressão rápida das lesões se expressam nas alterações relacionadas a lesões primárias e secundárias, coloração, temperatura, hidratação, textura e simetria tegumentar.

As UP apresentam estágios de evolução que compreendem o risco para a lesão e a integridade da pele prejudicada que atinge as estruturas musculares, nervosas e ósseas. Para tanto, existem sistemas de classificação que avaliam a UP de acordo com as manifestações clínicas, profundidade e severidade.

Rangel (2004, p.13) informa que as diretrizes norte-americanas têm sido adotadas em instituições hospitalares para a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão. Bryant (1992b, p. 232) esclarece que estes sistemas de classificação fundamentam-se em critérios estabelecidos pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel* – NPUAP para a prevenção, tratamento, avaliação dos danos e monitorização dos resultados. Em 1992 a AHCPR adotou a classificação proposta a fim de permitir a uniformização das informações e discriminar quatro estágios evolutivos da UP: estágios I, II III e IV.

A lesão no estágio I apresenta a hiperemia reativa ou eritema da pele íntegra que não desaparece após a remoção da pressão. Trata-se de um sinal de advertência que evolui para a cicatrização fácil e espontânea, desde que as medidas preventivas sejam realizadas imediatamente após a avaliação.

O cliente portador desse tipo de lesão necessita de cuidados de enfermagem que mantenham a integridade da pele, como por exemplo, higiene, massagem de conforto, hidratação e mobilização. O diagnóstico realizado neste estágio é imprescindível para o controle da evolução para os estágios posteriores. Orientam-se as ações para a identificação dos fatores de risco, o diagnóstico e o prognóstico das lesões e para o tratamento precoce.

No segundo estágio, a ferida evolui para a perda parcial da epiderme, da derme ou de ambas. Apesar de ser uma úlcera superficial apresenta hiperemia, vesículas semelhantes à queimadura e dor causada pela exposição e hipersensibilidade dos terminais nervosos da derme. Destacam-se a observação contínua, a capacidade de previsão e a escolha da terapêutica adequada como medidas complementares aos cuidados essenciais. O foco da atenção dirigido para a ferida orienta a avaliação e a documentação das seguintes informações: a cor da pele, o odor, a descrição qualitativa e quantitativa da secreção, a extensão e a profundidade. As áreas corporais que se mantêm íntegras não podem ser negligenciadas.

O estágio III caracteriza-se usualmente pela perda da pele na espessura total, envolve danos profundos ou necrose no tecido subcutâneo, porém não atinge a fáscia muscular. Geralmente são feridas mistas, crônicas e colonizadas por microrganismos resistentes. Irion (2005, p. 266) considera que esse tipo de lesão

requer uma abordagem terapêutica diferenciada pela indicação do desbridamento para auxiliar na remoção de tecido desvitalizado e no controle de infecção.

O estágio IV apresenta a destruição profunda e extensa dos tecidos. Os danos atingem a camada subcutânea, a fáscia muscular e o tecido ósseo subjacente. A lesão apresenta tecido necrótico, infecção e drenagem exsudativa. A suscetibilidade à infecção inclui a fragilidade no sistema de defesa, a patogenicidade dos microrganismos que colonizam a ferida, o uso de precauções universais e a técnica asséptica na realização do curativo. Além disso, as medidas para o controle da dor durante a realização do curativo e controle de infecção devem ser instituídas. Neste estágio, Bryant (1992b, p.36) considera que os riscos de septicemia e osteomielite são particularmente altos.

A avaliação diária do cliente também pode ser feita utilizando-se escalas paramétricas como as Escalas de Norton e Braden, entre outras. A escala de Norton compreende a avaliação da condição física, do estado mental, da atividade, da mobilidade e da incontinência como indicadores de risco. Os fatores de risco citados são divididos em níveis e recebem uma pontuação que varia entre 1 e 4. A soma dos cinco níveis oferece um intervalo de valores entre 5 e 20. A interpretação da pontuação da escala permite evidenciar que quanto mais baixo o *escore* maior o risco para a evolução da UP. Observa-se ainda que a escala de Norton não possui indicadores específicos para a fricção e o cisalhamento, faixa etária e as condições da pele.

A Escala de Braden utiliza indicadores para o risco do desenvolvimento da úlcera de pressão e também colabora com a seleção das medidas preventivas necessárias para o cuidado do cliente. Em sua estrutura estão presentes seis sub-

escalas que mensuram os determinantes de alteração na percepção sensorial, umidade, atividade física, mobilidade, nutrição fricção e cisalhamento.

Quanto à atribuição de valores, as primeiras cinco sub-escalas recebem a pontuação de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável) e a sexta sub-escala que se refere às condições associadas à fricção e ao cisalhamento, recebe a pontuação de 1 a 3. A soma total dos escores pode apresentar um intervalo que varia entre 4 e 23. A contagem baixa geralmente indica que o cliente reúne os indicadores para alto risco de desenvolvimento da UP. Desta forma, 16 pontos representam risco mínimo, a pontuação compreendida entre 13 a 14 representa risco moderado e o escore menor que 12 evidencia a presença de indicadores de risco elevado.

Deste modo, os dados obtidos com a entrevista, o exame físico e a avaliação através da aplicação das escalas estruturam o diagnóstico de enfermagem, a priorização, o planejamento das ações, a implementação e a avaliação da assistência.

Segundo a definição elaborada pela *North American Nursing Diagnosis Association* - NANDA (1990) um diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico acerca das reações de um indivíduo, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou a processos da vida. Os diagnósticos de enfermagem constituem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para que se chegue aos resultados pelos quais a enfermeira é responsável, é uma diretriz fundamental para o planejamento do cuidado de enfermagem.

A sua elaboração exige do enfermeiro o uso da atenção focalizada, o empenho e a prática profissional baseada em evidências a fim de identificar e a determinar as prioridades para o planejamento das intervenções e tratamento

precoce. Ressalta-se que a elaboração imprecisa e incompleta dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a integridade da pele compromete a sistematização do cuidado e colabora com o agravamento da lesão.

O exame da pele requer do examinador a habilidade de relacionar as evidências, com os fatores potenciais intrínsecos e extrínsecos que concorrem para o aparecimento das úlceras por pressão. Nesse momento, a ativação dos conhecimentos prévios de anatomia e fisiologia da pele e dos conteúdos específicos para o contexto contribui para o raciocínio diagnóstico acerca dos achados. No que se refere à prevenção e ao tratamento das úlceras, a indecisão sobre a conduta ou a tomada de decisões precipitadas acarretam um plano de ações inadequado para o cliente.

2.2.3.3 Os cuidados básicos de enfermagem para a prevenção da UP

Os cuidados de enfermagem para a prevenção da UP reúnem ações que visam prover as melhores condições possíveis para o cliente em relação à prevenção de infecção, a higiene, a alimentação, as eliminações, o repouso e as funções respiratória e cardiovascular. Assim, as medidas preventivas são planejadas em coerência a priorização do atendimento individual às necessidades básicas do cliente.

A higiene corporal proporciona ao cliente maior conforto, bem-estar e relaxamento. As medidas de limpeza da pele devem ser prescritas para todos os clientes. O grau de dependência determinará a ação que a equipe de enfermagem realizar. Para Moore (2005) *apud* Fernandes (2006, p.107) há uma preocupação sobre o interesse da enfermagem na realização de cuidados básicos como o banho.

Segundo a autora não se pode esquecer que o banho no leito propicia o contato entre cliente e equipe de enfermagem. Fernandes (*op cit*, p.89) afirma que o banho no leito é um importante momento do cuidado, onde se realiza a avaliação do estado geral inclusive da pele e para iniciar o planejamento da linha de ação preventiva. É um cuidado que não deve ser banalizado e o enfermeiro deve participar tanto como gerenciador como prestador do cuidado.

Portanto, a prescrição individualizada, o uso de produtos de ação suave e protetora, a temperatura ideal da água são algumas medidas higiênicas visam remover os resíduos que oferecem condições proliferativas de infecção. Após o banho, a realização da massagem de conforto deve ser avaliada, pois a princípio pode causar danos nas proeminências ósseas e nas áreas fragilizadas pela hiperemia. O uso de cremes hidratantes ou ácidos graxos essenciais complementa os cuidados que visam reduzir o ressecamento da pele.

Durante a realização dos cuidados de higiene corporal, a equipe de enfermagem deve estar atenta para a percepção sensorial alterada, seja permanente ou transitória. Essa condição se manifesta pela inabilidade do sistema nervoso periférico em transmitir estímulos táteis, térmicos e dolorosos à medula espinhal e ao sistema nervoso central. Nesse sentido, é possível evidenciar sensibilidade tátil diminuída ou ausente quando o cliente não responde ao estímulo leve do toque em diversas áreas corporais. A sensibilidade térmica está diminuída ou ausente quando o cliente não responde satisfatoriamente ao estímulo gerado pelo contato do corpo com superfícies quentes ou frias, como por exemplo, a temperatura da água do banho. No caso onde há redução ou ausência da sensibilidade dolorosa, o cliente não responde a um dado estímulo capaz de provocar dor sem causar ferimentos.

No bojo dessa discussão, destaca-se a implementação das ações que buscam melhorar a resposta significativa do cliente à pressão e ao desconforto acarretado pela mobilidade física prejudicada. Quanto à mobilidade, alterações importantes como a deformidade e o dano tissular são evidenciados pela ausência completa de movimentos ou pelas pequenas mudanças nas posições corporais do cliente, com ou sem ajuda. O cliente acamado ou inativo está em risco de desenvolver sérios problemas relacionados com a diminuição da velocidade da circulação como a formação de trombos, a atrofia muscular relacionada ao desuso, a rigidez articular e a depleção das reservas de cálcio.

O alinhamento e a postura correta são fatores que influenciam a mecânica corporal. As pessoas que mantêm habilidade de mudar frequentemente de posição e mobilizar as extremidades sem assistência apresentam menor risco para perdas funcionais por não haver efeitos da inatividade. Por outro lado, as pessoas com restrição da mobilidade ou perdas sensoriais sofrem prejuízo funcional e não conseguem aliviar a pressão. Em decorrência, há o atrito da pele do cliente à superfície do colchão e deslizamento do tecido subcutâneo e das proeminências ósseas na direção do movimento do corpo. Nesses casos é urgente a instalação precoce das medidas redutoras da carga de pressão, da fricção exercida pelo corpo sobre uma superfície e do cisalhamento que traciona o tecido e promove o movimento de uma camada de tecido sobre a outra.

Para evitar a ocorrência desses eventos recomenda-se não elevar a cabeceira da cama em ângulo superior a 30°, manter o alinhamento corporal quando o cliente estiver deitado ou sentado, usar equipamentos de proteção, manter a roupa de cama limpa e esticada, usar creme hidratante, filme transparente ou hidrocolóide,

além de buscar meios alternativos para a distribuição do peso do corpo, aliviando a pressão principalmente sobre as proeminências ósseas com “avermelhamento” da pele.

Assim sendo, deve-se instituir o uso de recursos que favoreçam o reposicionamento do cliente, reduzam a pressão e aumentem o conforto. Portanto, a adequação dos colchões, almofadas, travesseiros e suportes colaboram com a redução da carga mecânica. Entretanto, apenas o uso dos equipamentos não é suficiente para deter a evolução da UP, deve ser instalado um protocolo de horários para movimentação consistente com a avaliação contínua do cliente.

As condições de exposição à umidade também afetam a pele. Na maioria dos casos a pele torna-se úmida na presença dos padrões alterados por incontinência, transpiração excessiva ou drenagem de feridas. É necessário ressaltar também que os microrganismos presentes no trato intestinal podem produzir infecções genitais e urinárias. Inicialmente, deve-se priorizar o controle destas condições através do tratamento da causa primária. Porém nem sempre a correção é possível e o cliente se expõe frequentemente aos agravos causados pelo uso contínuo das fraldas descartáveis ou dispositivos como as sondas e coletores. A fim de se limitar os danos decorrentes da umidade excessiva devem ser priorizados como cuidados básicos a manutenção da pele limpa, seca e hidratada, o uso de barreiras para a umidade como cremes e pomadas, a troca de roupa e a inspeção rotineira da pele.

Finalmente, recomenda-se que o estado nutricional prejudicado pela desnutrição ou ingestão inadequada de nutrientes deve ser corrigido na medida em que se identificam os fatores que comprometem o suprimento de nutrientes. Cabe

destacar que os desequilíbrios nutricionais ocorrem tanto pelo excesso quanto pela carência de alimentos.

A alimentação adequada tem um papel fundamental para o bem-estar e a saúde física e mental e contribui para o equilíbrio da nutrição celular. Assim sendo, certas informações devem ser obtidas durante a avaliação do cliente. O peso, a altura, a perda de peso recente e o diagnóstico do cliente são elementos que auxiliam a evidenciar a depleção causada pela doença. O estado nutricional deficiente pode estar relacionado com incapacidade ou dificuldade de mastigação e deglutição, edentulismo e incapacidades físicas.

A dieta, as influências culturais, os hábitos alimentares, os fatores afetivos e a inapetência devem ser continuamente investigados e registrados a fim de se identificar um cliente com risco para os problemas nutricionais. Durante o processo de adoecimento a dieta deve ser adaptada às condições do cliente a fim de suprir as necessidades energéticas, reconstrutoras e reguladoras das funções vitais. A correção das causas inclui ações terapêuticas multidisciplinares como a avaliação das necessidades nutricionais, detecção das possíveis causas que interferem no apetite e instalação do plano alimentar dentro das limitações da dieta e da rotina hospitalar.

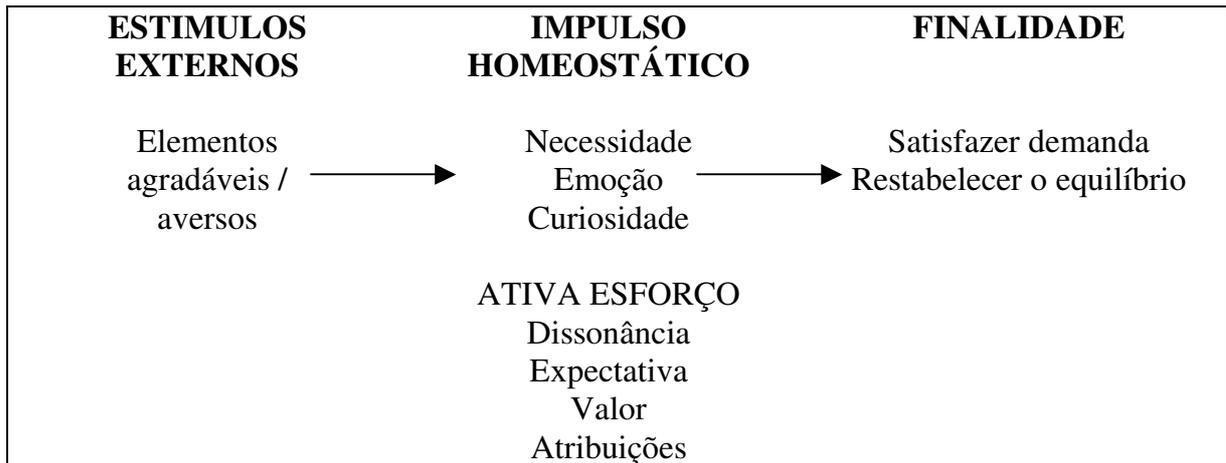
Pelo exposto, os cuidados de enfermagem preventivos para UP são múltiplos e variados. As questões materiais, instrumentais e conceituais que permeiam o planejamento individualizado desses cuidados para o atendimento do cliente são abrangentes: a integralidade da pele ou o prejuízo causado pela ferida, a causa e o estado da ferida, o estado de saúde do cliente e a resposta terapêutica, ou seja, o contexto da prevenção e tratamento das UP, de modo a implementar o

cuidado de enfermagem. Cabe ressaltar que a perspectiva aqui investigada enfatiza que conhecer a modulação entre a orientação motivacional e o controle das ações do estudante que tem repercussões para o próprio estudante, para a clientela assistida e para o diagnóstico docente das situações onde há risco para o desempenho insatisfatório.

2.3 A orientação motivacional e o controle da ação no âmbito das teorias ativas e de ativação

Conceitualmente, é possível se fundamentar o modo de agir motivado e intencional tanto sob a perspectiva das teorias psicológicas da ativação quanto dos modelos reativos. Na perspectiva das teorias reativas, Barberá & Mateos (2001, p.5) consideram que a ação se inicia com uma reação diante de uma emoção, uma necessidade biológica, psicológica ou diante de estímulos externos, agradáveis ou não. De certa maneira, em ambos os casos, a definição expressa que a ação reativa é uma resposta que consiste em satisfazer uma demanda e reduzir a pressão, restabelecendo o equilíbrio.

Quadro 02 - Esquema geral das teorias reativas por Barberá (2005)



Por outro lado, as teorias da ativação consideram que o ser humano é o agente causal das próprias ações. Barberá (2005, p.51) ressalta que a motivação humana ativa se caracteriza basicamente pelo comportamento intrínseco, pela intencionalidade e pelo caráter ativo diante das demandas externas, não se reduzindo a uma simples reação. A autora considera ainda que o comportamento motivacional se desenvolve impulsionado por processos, planos e metas intrínsecas.

As duas abordagens teóricas, ativas e reativas, se referem ao curso de ação segundo a natureza do objetivo e possibilitam uma compreensão diferenciada acerca do modo de aprender. Portanto, cabe a análise dos conceitos que auxiliam a situar os modos de agir segundo as características que os definem.

Para Kuhl (1985), o início de uma ação consciente, planejada e intencional se dá a partir do estado motivacional, expresso nas necessidades, valores, desejos, crenças e que se concretizam nas metas. Valls (1990, p.56) *apud* Zabala (1999, p. 11) refere que curso da ação é uma ordem determinada que preside as ações de acordo com critérios tais como percepção, cognição, emoção, volição⁷ e

⁷ Padrão de pensamentos e de sentimentos sobre cada um como ator no seu mundo que sobressai de uma necessidade fundamental para agir e que ocorre à medida que se antecipa, escolhe, vivência e interpreta o que se faz. A volição é entendida a partir do pressuposto de que o Ser Humano tem uma necessidade neurofisiológica e intrínseca para a ação. (KUHLL ,1994b, p.40)

desempenho. Portanto, é possível afirmar que o início de uma ação pode ser influenciado pelas diferenças individuais e pelos aspectos agradáveis ou desagradáveis da atividade proposta.

2.3.1 A Teoria do Controle da Ação (TCA): uma proposta para o diagnóstico do desempenho do estudante de Enfermagem

A Teoria do Controle da Ação desenvolvida por Julius Kuhl (1985,1994) pertence ao grupo de teorias ativas. Desde a década de setenta este psicólogo alemão, tem se dedicado ao estudo da intenção e da volição, estabelecendo uma fundamentação sólida para as investigações nessa área.

A TCA se configura como uma teoria de ativação que ressalta o papel mediador de volição entre a intenção e a ação concreta. A sua aplicação permite identificar a orientação para ação ou estado e assim, indicar estratégias auto – reguladoras para monitorar a atenção, a concentração, a persistência e a realização das tarefas.

2.3.1.1 Os componentes da Teoria do Controle da Ação

Kuhl (1992) apresenta três subsistemas que interagem entre si no controle da ação: preferências cognitivas (intenções), preferências emocionais (desejos e tentações) e preferências procedimentais (hábitos e modos de agir). Em sua análise, Kuhl (1987, p.282) define a intenção - componente da ação - como um

plano ativo para alcançar algo que o sujeito idealizou para si mesmo. Segundo Kuhl *et al* (1991, p. 83), intenções são representações dos objetivos atuais do indivíduo. Incluem as informações sobre o estado dos objetivos, o plano de ações e as condições necessárias para a sua realização. Coll, Palácios & Marchesi (1996, p.319) afirmam que as intenções constituem o ponto de partida de todo o processo de ensino e aprendizagem, imprimindo-lhe orientação e direcionamento.

Os autores (*op cit*, p. 16) afirmam que a intenção possui quatro componentes: o contexto; o sujeito que age intencionalmente; a ação propriamente dita e o componente relacional que trata do compromisso atual para manter a ação. Retrata a relação entre o desejo, as ações socialmente esperadas e nas decisões do próprio sujeito.

Assim, a TCA se sustenta em duas proposições básicas. A primeira refere-se aos desejos, expectativas, valores e outras tendências motivacionais como fatores determinantes do compromisso com a realização da ação. Significa dizer que esses componentes, em maior ou menor grau, permitem ao indivíduo manter ativa a intenção de alcançar a meta.

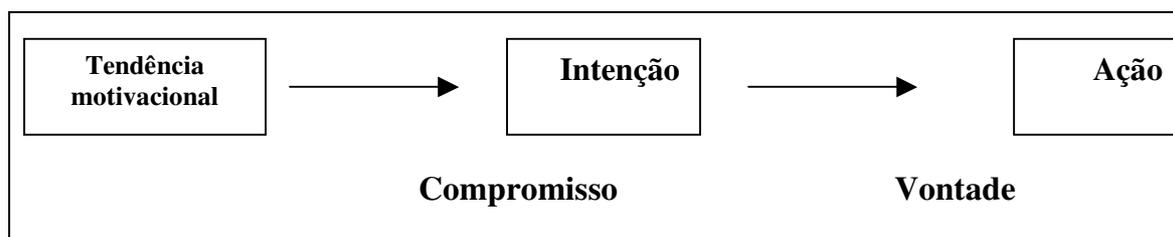
A segunda proposição trata os processos volitivos, distrações internas e externas como interferentes entre a intenção e realização da ação. De acordo com Kuhl (1994b, p. 56) as distrações internas se expressam por sentimentos, pensamentos e necessidades interferem intrinsecamente no curso da ação. Isto se observa quando um estudante recebe uma avaliação negativa. De um lado, o desperdício de tempo e concentração, o pensar exaustivo na avaliação insatisfatória e a demora em fazer ou não projetos para o futuro são comuns no estudante com a orientação para o estado. Por outro lado, um outro comportamento indica reflexão

sobre a avaliação insatisfatória sem ruminacões excessivas e a elaboração de um plano para o futuro. Neste tipo de orientação o estudante retorna mais rapidamente ao curso das ações necessárias para obter o sucesso em situações futuras.

Em relação às distrações externas, o autor (*op cit*, p.56) menciona que elementos ambientais como a temperatura ambiente, interrupções freqüentes, fluxo de pessoas e ruídos excessivos interferem na concentração e na atenção durante a ação. Assim sendo, a identificação dos distratores presentes no ambiente hospitalar sob a perspectiva da TCA, permite uma reflexão acerca das intervenções educativas que aproximam as distrações e o suporte adequado para a manutenção do curso da ação, ajudando a melhorar a atenção e a concentração.

Heckhausen & Kuhl (1985) listam cinco requisitos necessários para transformar o desejo em intenção: a oportunidade, o tempo suficiente, a importância, a urgência e os meios disponíveis para o alcance da meta. Conhecê-los implica em se considerar o significado, o interesse, o valor, o momento, a necessidade e o planejamento para a realização da ação. Ainda mais, o processo que se desenvolve no caminho que parte do desejo até a intenção consiste de dois estágios. O primeiro estágio se refere à visão que a pessoa tem do que é possível e desejado no futuro. O segundo consiste em identificar se os critérios descritos anteriormente estão presentes no momento atual, ou seja, se a consecução das duas etapas for favorável, a ação se torna viável e desejos se transformam em intenções (Quadro 03)

Quadro 03 - Esquema da Teoria do Controle da Ação



Pelo exposto, aplica-se a TCA para explicar as tendências motivacionais, a manutenção das intenções e a compreensão acerca das distrações internas ou externas que afetam a atenção e concentração dos estudantes durante a realização das tarefas de aprendizagem (KUHL, 1985, 1987, 1992; KUHL AND BECKMANN, 1994). A TCA também introduz a perspectiva temporal nas fases da ação. Assim, abrange tanto a compreensão dos motivos que caracterizam a vontade inicial quanto o uso ativo de estratégias do controle de ação para manter as intenções atuais e futuras, descritos no Quadro 04.

Quadro 04- Perspectiva temporal da TCA

<u>Momento atual</u>	→	<u>Futuro</u>
Planejamento		<ul style="list-style-type: none"> - situação presente - meta futura desejada - etapas ou passos para a ação - condições para seguir as etapas ou passos planejados para a realização da ação
Volição		<ul style="list-style-type: none"> - manutenção das metas (controle das distrações) - mudanças na hierarquia das condições desejadas
Auto - regulação		<ul style="list-style-type: none"> - conjunto de estratégias para resolver conflitos que interferem nas intenções

O curso da ação do estudante de enfermagem no ambiente hospitalar pode ser afetado pelo envolvimento motivacional, pelo contexto repleto de distratores e

pela diminuição da atenção, interesse e concentração. Segundo Kuhl (2000a, p.114), a identificação das distrações permite ao estudante decidir-se pelo uso de estratégias para completar as tarefas. O autor se refere às estratégias auto - reguladoras que permitem manter a atenção, a concentração e empenho para a realização das ações.

A auto-regulação se apresenta como um importante indicador de envolvimento na tarefa e escolha dos caminhos a seguir para o alcance da meta. O estudante auto - regulado participa ativamente do próprio processo de aprendizagem e apresenta algumas características peculiares como o nível elevado de interesse, envolvimento e persistência para a execução da atividade. Portanto, como consequência da aprendizagem ativa, a auto - avaliação, o auto – reforço e a auto-eficácia assumem um papel importante no desempenho individual.

Kuhl (1996, p.684) descreveu seis mecanismos como estratégias auto-reguladoras que são utilizadas para organizar, coordenar, regular e testar as próprias atividades de processamento da ação:

- Controle da atenção ou atenção seletiva – esta estratégia trata da intencionalidade que está presente quando um sujeito dedica atenção apenas nos eventos necessários para o alcance do objetivo e realização da ação. Isso inclui afastar-se das distrações concentrando-se na tarefa em execução. É a seleção do que deve ou não receber a devida atenção prioritariamente naquele momento, ignora-se intencionalmente os aspectos que causam distração e desvio do seu objetivo;
- Controle codificado – é o controle que o sujeito apresenta ao selecionar apenas os elementos que necessita para a ação atual, dispensando momentaneamente ou não pensamentos ou ações irrelevantes para tal

realização. Há uma seleção apenas das características ou estímulos que estão relacionados à sua intenção atual.

- Controle da emoção – é a estratégia em que o sujeito reconhece os estados emocionais capazes de prejudicar a intenção para ação atual. Não se trata de não sentir, apenas de reconhecer ativamente quando os próprios sentimentos interferem negativamente nas suas ações. É a inibição ativa dos estados emocionais que prejudicam a intenção inicial.
- Controle da motivação – é a estratégia em que o sujeito apresenta o controle ativo na hierarquia das tendências motivacionais.
- Controle ambiental – é a categoria de estratégia em que o sujeito reconhece os interferentes advindos do ambiente e é capaz de controlá-los a ponto de se proteger das distrações ambientais.
- Controle parcimonioso do processamento das informações – trata-se de iniciar a ação no momento certo, coordenar as etapas para a sua realização e de otimizar o processo da tomada de decisão.

De acordo com a TCA, a habilidade de invocar as estratégias autorreguladoras para intermediar a resposta às distrações pode ser descrita pelos estilos de orientação para ação (OA) e orientação para o estado (OE). As orientações para ação e para estado se referem a capacidade para regular a emoção, a cognição e comportamentos intencionais para realizar ações.

2.3.1.2 A Orientação para a Ação

Segundo Kuhl (1985, p.120) as pessoas orientadas para a ação mostram maior envolvimento na realização da ação e usam as estratégias de aprendizagem mais adequadas e coerentes para a tomada de consciência e a auto – regulação. Nesse caso, ressalta-se que as competências acadêmicas estão em nível mais elevado e o predomínio do interesse intrínseco pelo objeto da aprendizagem.

Um estudante orientado para a ação utiliza predominantemente as técnicas de estudo que favorecem uma abordagem mais elaborada, mais próxima do significado das questões investigadas (Coll, Palácios & Marchesi, 1996, p.102). Entwistle (1986, p 141) considera que o indivíduo que usa este tipo de abordagem manifesta a intenção de compreender o conteúdo acadêmico de modo atento e crítico. Ainda mais, estabelece as relações entre conhecimentos novos e conhecimentos adquiridos previamente, além de integrar as suas experiências cotidianas ao estudo.

A julgar pelas características apontadas, este comportamento está relacionado com a capacidade de decisão e com o baixo nível de negatividade, harmonizando as emoções e o processamento parcimonioso da informação. Kuhl (1998) considera que estas pessoas têm uma habilidade maior para auto-regular os efeitos negativos causado pelas experiências desagradáveis. Frequentemente são pessoas que demonstram interesse e esforço diante de tarefas menos atraentes.

Segundo Diendorff *et al* (2000, p.250) o desprendimento, a iniciativa e a persistência são os componentes que se destacam nas pessoas orientadas para a ação. Portanto, o estudante que tem objetivos definidos apresenta auto-determinação quanto ao modo de agir para alcançá-los. Significa dizer que o estudante elabora e segue um plano de ações para alcançar a meta desejada e busca tanto no presente

quanto no passado os elementos que permitirão planejar o futuro. Segundo Kuhl (1994b, p.40), um dos aspectos que permitem o controle da ação se trata do objetivo que o estudante estabelece para a si mesmo.

Uma pessoa orientada para a ação possui maior consciência sobre as próprias escolhas e oportunidades, a auto-eficácia aumentada e a realização mais rápida. Apresentam-se mais articulados com a ansiedade e menos vulneráveis ao stress, elementos intimamente relacionados à exaustão emocional. Neste sentido, são persistentes e concentrados quando expostos às distrações. Para este tipo de estudante o professor é reconhecido como mediador da aprendizagem e co-responsável pelo seu sucesso. Além disso, apresentam um perfil emocional e cognitivo mais adaptado às situações de fracasso.

2.3.1.3 Sobre a Orientação para o Estado

De modo semelhante, as características mais marcantes para a classificação das pessoas orientadas para o estado se referem à intenção, a perspectiva temporal, atenção, concentração e persistência para a realização das ações.

Em geral, as pessoas orientadas para o estado evidenciam estados emocionais negativos, duradouros e incontroláveis após vivenciarem situações desagradáveis. Ressalta-se que neste tipo de orientação as pessoas preocupam-se muito com a opinião dos outros e procuram meios para impressioná-los. A tendência para abandonar a ação ou tarefa diante do fracasso acadêmico revela a baixa persistência. O estudante orientado para o estado se mantém preso aos fatos

passados em vez de se concentrar no desempenho futuro. As distrações facilmente causam desvio da atenção.

Uma outra característica marcante se refere à superficialidade da busca por informações, ou seja, obtém apenas os dados mais essenciais e básicos para completar a atividade proposta e ao uso desorganizado das estratégias. A intenção predominante do estudante é o cumprimento das tarefas utilizando recursos de memorização e pouca integração entre idéias. Além disso, há diminuição na habilidade de reter informação e o desejo de “ficar parado”; a tendência é para o imobilismo.

Diendorff *et al.*(2000, p. 250) ressaltam que há inabilidades individuais para regular emoção, cognição e comportamentos necessários para concluir as ações intencionais. Em parâmetros opostos, a orientação para o estado apresenta três componentes correspondentes a orientação para a ação: a preocupação, a hesitação e a volatilidade (instabilidade).

A preocupação (*versus* desprendimento) mostra a predominante incapacidade para interromper pensamento sobre um evento. A hesitação indica a dificuldade para dar início as ações intencionais ou movimentar-se a tempo para uma nova tarefa.

A instabilidade (*versus* persistência) é a incapacidade de manter o foco da atenção nas atividades relacionadas com as metas e de manter o esforço para completar tarefas.

A compreensão desses componentes possibilita caracterizar o indivíduo que não inicia tarefas ou dá início, mas se perde em detalhes irrelevantes, se distrai e não consegue completá-las. Em outras palavras, a orientação para o estado constitui

uma cisão na capacidade de regular efetivamente ações que tem como objetivo a realização das metas.

Finalmente é possível resumir as características mais marcantes dos estudantes quanto à ação voltada para o estado como descrito a seguir:

- O nível de consciência dos eventos presentes é baixo;
- Apresentam dificuldade em identificar a discrepância entre a situação presente e a desejada no futuro;
- Os objetivos para realizações futuras são pouco definidos;
- Têm dificuldade em elaborar planos de ação exequíveis para o alcance dos seus objetivos;
- Apresentam um enfoque excessivo nas experiências negativas do passado;
- Tendem a apresentar emoções predominantemente negativas nas situações de fracasso;
- Possuem dúvidas sobre a sua própria capacidade;
- Em situações que demandam raciocínio mostram dificuldade em escolher as estratégias de aprendizagem adequadas;
- Tendem a pensar de forma repetitiva e
- Tem dificuldades em superar desafios.

Pelo exposto, considera-se altamente motivado e auto regulado o estudante que após uma avaliação negativa, não permite que tal experiência reduza a sua motivação e assim, busca um desempenho melhor futuramente. Se por outro lado, o estudante não possui a habilidade para controlar essas emoções, apresentará um desempenho subsequente prejudicado ou enfraquecido. Assim sendo, a

habilidade de invocar as estratégias auto-reguladoras nas variadas situações torna-se imprescindível para o sucesso escolar.

Destaca-se que saber lidar com o controle das ações colabora efetivamente com a diminuição do uso aleatório de estratégias auto-reguladoras. Proporciona também, para o estudante, a projeção de si em relação ao futuro, estimula a capacidade de tomar decisões estáveis, conscientes e determinadas para a consecução da tarefa e alcance dos objetivos. Poder-se-á de forma mais direta, mostrar ao estudante a importância de desempenhar um papel mais ativo na própria aprendizagem, reconhecendo a influência da intenção e da volição para o a implementação das medidas preventivas de UP.

A identificação dos estilos de orientação para a ação (AO) e orientação para o estado (OE) pode ser realizada com a aplicação do questionário HAKEMP 90 descrito a seguir.

2.3.1.4 A Escala do Controle da Ação (*Action Control Scale - ACS*)

O questionário do controle da ação (HAKEMP 90) foi construído por Kuhl (1994b, p.47) para investigar o grau do controle da ação que há nos processos de planejamento e decisão da ação e a execução de uma atividade. O instrumento contém trinta e seis itens que se dividem em três subescalas. Em cada uma delas, doze itens descrevem dadas ações diante de situações específicas. Segundo Kuhl (*op cit*) as assertivas do questionário são apropriadas para a aplicação tanto em adolescentes (a partir de doze anos) quanto em adultos.

A primeira subescala trata da orientação para a ação / estado subsequente ao fracasso (OAF). Essa subescala é especialmente importante para a predição do *déficit* de execução que se observa nas pessoas frente à experiência do fracasso em uma dada tarefa. Segundo os argumentos teóricos, a pessoa orientada para o estado apresenta um controle menor sobre os pensamentos que resultam do fracasso experimentado recentemente, o qual interfere com a execução eficiente da nova tarefa. Na subescala Orientação da ação subsequente ao fracasso (OAF) considera-se que a pontuação contida no intervalo entre 0 e 4 significa a presença de características individuais de orientação para o estado e a pontuação compreendida no intervalo entre 5 e 12, representa a orientação para a ação. As perguntas que compõem a subescala OAF estão listadas no anexo .

A segunda subescala possibilita investigar a orientação para a ação/estado no planejamento e na decisão para a ação (OAP). A escala OAP pode detectar a coerência existente entre a intenção de fazer algo e a sua realização. A segunda subescala apresenta os itens que indicam a orientação para ação relacionada ao planejamento. A pontuação situada entre 0 e 5 corresponde aos indivíduos orientados para o estado e a pontuação contida no intervalo entre 6 e 12 pontos possibilita a identificação dos indivíduos orientados para a ação (Anexo).

A escala OAA mede o grau em que o indivíduo pode estar imerso numa atividade sem que sua intenção se desvie da sua realização. Tal escala pode ser concebida como uma medida do enfoque intrínseco na atividade em contraste com a atividade focalizada no alcance da meta. Segundo as normas atribuídas a esta subescala, a totalização de respostas entre 0 e 9 pontos indica orientação para o estado e entre 10 e 12 pontos indica a orientação para a ação (Anexo).

Os valores das três escalas devem ser calculados em separado, devido à correlação que cada uma guarda com comportamentos distintos. O autor recomenda a análise conjunta dos resultados obtidos na aplicação das escalas OAF e OAP.

Portanto, o questionário HAKEMP 90 apresenta-se como um candidato adequado para a predição dos riscos para o desempenho insatisfatório dos estudantes de Enfermagem na medida em que assume os contornos de um instrumento diagnóstico que possibilita a descoberta precoce do desempenho insatisfatório.

A compreensão dos elementos essenciais que caracterizam a aprendizagem possibilita a construção do processo de cuidar com competência e humanidade. A aplicação da TCA favorecerá a estimativa do curso das ações do estudante de Enfermagem pelo docente. Tal conhecimento torna-se uma ferramenta útil na medida em que a compreensão do modo de agir do estudante cria condições para a manutenção do desejo de aprender e pode interferir qualitativamente nas suas ações.

Materials e Métodos

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo de aferição da validade da Escala do Controle da Ação/ HAKEMP 90 como instrumento auxiliar no diagnóstico de desempenho. A sua aplicação teve como objetivo verificar a pertinência da Teoria do Controle da Ação na identificação precoce de estudantes de Enfermagem com risco para desempenho insatisfatório na implementação de cuidados fundamentais de enfermagem para a prevenção das UP.

Para o alcance dos objetivos, o estudo se desdobrou em quatro etapas. Na primeira etapa um instrumento de avaliação discente foi elaborado para ser aplicado durante as atividades acadêmicas do PCI VII no cenário hospitalar. Incluiu-se na composição desse instrumento, um conjunto de enunciados que descreviam atitudes desejadas e características essenciais para a implementação eficiente dos cuidados preventivos para UP nos clientes hospitalizados.

Houve a preocupação em se buscar nas referências uma listagem adequada ao saber científico e as habilidades específicas no âmbito da profissão. Ao final dessa etapa, após a análise do grau de pertinência e cálculo da mediana, o instrumento recebeu a denominação de “Instrumento para a Avaliação Discente - IAD”.

A segunda etapa tratou do preparo da Escala do Controle da Ação (HAKEMP 90) para aplicação em estudantes de enfermagem e assim, realizou-se a tradução da versão em espanhol para a língua portuguesa e a adequação transcultural para o Brasil. Elaborada por Kuhl (1982, p.142) para classificar as pessoas em

orientação para a ação ou para o estado, a escala tem a forma auto-aplicável e se encontra disponível em alemão, inglês e espanhol.

Na terceira etapa, o IAD e o questionário HAKEMP 90 foram aplicados concomitantemente às atividades de estágio curricular do PCI VII. Nessa fase, com o IAD, o objetivo centrava-se na avaliação do desempenho acadêmico no diagnóstico, no planejamento e na implementação dos cuidados de enfermagem em tela e classificar os estudantes segundo a orientação para a ação e estado de acordo com os pressupostos da Teoria do Controle da Ação propostos no questionário HAKEMP 90.

Finalmente, os resultados obtidos nas etapas anteriores foram comparados estatisticamente. Nessa fase do estudo, a finalidade foi subsidiar a discussão sobre a pertinência da utilização do Questionário HAKEMP 90 como recurso diagnóstico para a prevenção do risco para o desempenho acadêmico insatisfatório na implementação da assistência de Enfermagem na situação específica do estudo. A seguir se apresenta um resumo do desenvolvimento do estudo (Quadro 05).

Quadro 05 - Etapas de desenvolvimento da pesquisa

Desenvolvimento da pesquisa	
<p><i>Primeira etapa: elaboração do Instrumento de Avaliação Discente (IAD)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta bibliográfica 2. Escolha dos enunciados para compor o IAD (60 itens) 3. Envio do IAD para análise por especialistas 4. Retorno do IAD para a pesquisadora 5. Elaboração do cálculo das medianas (18 itens) 6. Pré-teste <p>Instrumento final co 18 itens</p>

Segunda etapa: adequação transcultural do questionário HAKEMP 90	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envio da versão em espanhol para tradutores 2. Versão preliminar em português 3. Contra-tradução da versão preliminar para o espanhol 4. Comparação entre a versão original e a versão retraduzida 5. Análise semântica da versão em português 6. Pré-teste do instrumento
Terceira etapa: aplicação do IAD e do questionário HAKEMP 90 na amostra no segundo semestre letivo de 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1. IAD - avaliação discente durante as atividades dos estudantes no cenário hospitalar. 2. HAKEMP 90 – aplicada ao final do segundo semestre letivo de 2006
Quarta etapa: comparação dos resultados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organização dos dados coletados em planilhas eletrônicas 2. Tratamento estatístico 3. Análise comparada 4. Diagnóstico dos estudantes segundo desempenho e controle da ação

3.2 Caracterização do local

A investigação do objeto do estudo desenvolveu-se no âmbito de um Hospital Universitário da Rede Federal, localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro. Nele, o PCI VII desenvolve suas atividades acadêmicas em setores que atendem clientes em tratamento clínico ou cirúrgico nas diversas especialidades. No cumprimento das suas funções, o hospital universitário promove continuamente iniciativas para atender ao ensino, à pesquisa científica e a extensão de serviços à comunidade. Neste espaço, os estudantes de Enfermagem sob supervisão docente, desenvolvem parte da carga horária do PCI VII. A escolha da unidade de internação para tratamentos referentes às especialidades de cardiologia e cirurgia vascular

configurou-se em função da problemática do estudo e da clientela que agrega certas peculiaridades que dão causa as lesões da pele.

A clínica cardiológica está localizada no oitavo andar do hospital. O setor se divide em sete enfermarias, cinco delas ocupadas por clientes da cardiologia e duas enfermarias por clientes da cirurgia vascular. A estrutura física comporta ainda o posto de enfermagem, a sala de exames, a copa, a sala de informática e um pequeno auditório. A capacidade para a internação é de trinta e seis clientes de ambos os sexos.

Os clientes são assistidos pela equipe multiprofissional constituída por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistente social, nutricionista e assistente administrativo. Docentes e discentes de graduação e de pós-graduação também participam do cuidado direto aos clientes.

Em relação às características da clientela, predominam clientes idosos que requerem avaliação freqüente devido às condições clínicas, à evolução e ao prognóstico dos agravos à saúde. Em geral, são portadores de patologias que comprometem funções vitais e, conseqüentemente, a percepção sensorial, a mobilidade, o autocuidado e a integridade da pele que estão entre os principais fatores desencadeantes da UP.

As causas de internação mais freqüentes na clínica cardiológica são doenças isquêmicas, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, cardiopatias valvares e hipertensão. No que se refere à cirurgia, o setor recebe principalmente os clientes no pré e pós-operatório de revascularização do miocárdio e valvoplastia. As doenças vasculares mais freqüentes são as insuficiências arteriais e venosas de causas diversas e que também incluem, freqüentemente, as complicações

endócrinas. As cirurgias vasculares realizadas visam principalmente à revascularização da área afetada ou à amputação dos membros inferiores no todo ou em parte.

Independente da etiologia, esse grupo de doenças compromete a circulação, a respiração e a oxigenação dos tecidos, entre outras funções orgânicas fundamentais para a sobrevivência. Os clientes tendem a sofrer restrições na mobilidade física por indicação terapêutica de repouso no leito, pela perda ou por agravos funcionais nas extremidades inferiores. Além disso, a clientela também sofre a influência da rotina hospitalar, da perda de privacidade e das ações terapêuticas que impõem restrições que incluem a dieta, os exames e tratamentos diversos. Esses fatores, em conjunto ou isolados, representam risco para o desenvolvimento de UP.

A equipe docente do Programa Curricular Interdepartamental VII (PCIVII) desenvolve atividades teóricas e teórico-práticas que incluem o treinamento de técnicas, o trabalho de campo supervisionado e o diagnóstico simplificado de saúde. Os estudantes aprendem a usar a metodologia assistencial para atender às necessidades dos clientes que decorrem da doença e da hospitalização.

Nesse contexto, compartilham a responsabilidade de cuidar dos clientes, das famílias e do grupo social, como centro das ações, tanto as imediatas quanto as contínuas. Cabe ressaltar que, apesar das particularidades do ambiente hospitalar, implementam-se cuidados em todos os níveis de atenção, sem perder de vista a totalidade do cliente ao assisti-lo individual ou coletivamente.

Apesar de o foco do estudo ser o desempenho e auto-regulação das ações na implementação de cuidados preventivos para as UP, houve preocupação constante em valorizar enfaticamente o cuidado holístico. Afinal, a enfermagem tem importância particular ao planejar ações que buscam o equilíbrio entre o homem e o ambiente. Assim, aproximam-se as concepções teóricas e os conhecimentos práticos que orientam os cuidados fundamentais de enfermagem prestados ao cliente visando a reduzir ou abolir os problemas de saúde da clientela.

3.3 Amostra

Participaram da investigação 46 estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, matriculados no PCI VII em 2006. O grupo foi constituído por 45 estudantes do sexo feminino e apenas 01 do sexo masculino, na faixa etária entre 18 e 25 anos. A equipe docente estabeleceu a divisão do número total de estudantes em quatro grupos como estratégia do PCI VII. Em geral, cada grupo comporta 11 ou 12 estudantes, o que facilita o revezamento pelos quatro campos durante o período de 15 dias por trimestre.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: matrícula ativa no quinto período da graduação em Enfermagem; estar cursando o PCI VII e participar voluntariamente do estudo após a assinatura do Termo de Consentimento. Não houve exclusão de nenhum participante.

Primeiramente, o motivo da escolha da amostra foi a possibilidade de colaborar efetivamente com o processo de aprender a cuidar de clientes doentes ou em vias de adoecer no ambiente hospitalar. Os estudantes têm que se adaptar ao

fluxo dinâmico do ambiente, às pessoas e às rotinas quando são inseridos nesse contexto. Ressalta-se que existem comportamentos motivacionais diferentes que merecem atenção docente, tendo em vista o reconhecimento dos fatores que interferem no desempenho discente e que podem intervir na qualidade da assistência ao cliente.

Assim sendo, observa-se freqüentemente uma situação em que há preferência pelo cliente que usa de algum tipo de dispositivo, equipamento ou está sendo tratado com terapia venosa, sondagens e curativos. Nesse caso, nota-se que o cuidado procedimental é o elemento que chama a atenção do estudante e os cuidados mais gerais, como aqueles dispensados para a manutenção da pele íntegra são menos valorizados.

Normalmente, percebe-se certa relutância em investir tempo e esforço em situações que, na perspectiva discente, não oferecem desafios ou são pouco atraentes. Uma outra situação mostra um grupo de estudantes menos motivado com cuidado ao cliente hospitalizado, pois preferem atuar em outros cenários como, por exemplo, postos de saúde ou maternidade. Essas atitudes são previsíveis e podem ser compreendidas na medida em que a motivação, o medo e a ansiedade cristalizam o modo de agir dos estudantes.

3.4 Procedimentos éticos

O estudo seguiu os trâmites determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS no que se refere à pesquisa com a participação de seres humanos. Em maio de 2006 o projeto de pesquisa foi encaminhado à Divisão

de Enfermagem do hospital para apreciação e posteriormente ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF. Em setembro de 2006, o Comitê de Ética emitiu parecer favorável ao desenvolvimento do estudo.

Após a emissão do Parecer do Comitê foi encaminhado um ofício à Direção da Escola de Enfermagem Anna Nery solicitando permissão para o uso nesta pesquisa do nome da instituição em tela.

A coleta de dados se iniciou após leitura e assinatura do Termo de Consentimento registrado em instrumento formal (Apêndice 01). A participação voluntária e o anonimato foram garantidos em todas as etapas do estudo. Os participantes receberam as informações necessárias sobre os objetivos, os riscos do estudo e a divulgação dos resultados. Não houve interferência na avaliação dos estudantes no campo de estágio a partir da aplicação dos instrumentos.

3.5 Procedimentos para a coleta de dados

3.5.1 Primeira etapa: construção instrumento de avaliação discente

3.5.1.1 A busca por enunciados para compor o IAD

A etapa tratou da construção de um instrumento para a avaliação do desempenho discente durante as tarefas acadêmicas desenvolvidas no cenário hospitalar. Em sua composição, reuniu-se um conjunto de enunciados que se referiam a atitudes desejadas e características essenciais que os estudantes devem reunir para o planejamento e implementação do cuidado de enfermagem para prevenir UP nos clientes hospitalizados satisfatórios.

A construção dos enunciados contemplou habilidades e competências, a valorização das ações mais simples e mais gerais para o cuidado, os instrumentos

básicos para cuidar e a as fases da metodologia assistencial. No texto, deveriam expressar características ou atitudes que, em maior ou menor grau, influenciam o curso das ações discentes durante a realização dos cuidados fundamentais de enfermagem para prevenção das UP.

Assim, os enunciados foram se definindo segundo a sua pertinência para expressar as ações necessárias para a coleta de dados, diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação para prognóstico. Nessa fase do estudo, a consulta para a elaboração ou adaptação dos enunciados incluiu os instrumentos de avaliação utilizados no PCI VII, livros, periódicos e *sites* na internet. Julgou-se relevante buscarem-se dados que no momento cristalizavam o senso comum da enfermagem.

A leitura do material possibilitou a redação clara e adequada de 60 enunciados de acordo com os critérios essenciais para o cuidado básico de enfermagem para prevenção da UP. A seguir, os enunciados foram organizados no formato de *check list* com uma pontuação entre 1 e 5 que expressava o grau de concordância com a proposta do enunciado. As opções de resposta variavam entre concordar ou não com o enunciado. O instrumento disponibilizava também um espaço para as contribuições sobre forma e conteúdo. A seguir, a lista de enunciados foi encaminhada para a fase analítica sob a responsabilidade dos especialistas. (Apêndice 02)

3.5.1.2 A participação dos juizes

A opinião de especialistas ou “juizes” é considerada por Trochin (1999) como uma extensão do método de validade lógica e consistência interna dos instrumentos analisados. De forma direta, a validade lógica é uma propriedade de medida que

responde em qual grau o instrumento atende ao objetivo proposto e a consistência significa a confiabilidade do teste. Adanez (1999, p. 57) ressalta que o julgamento de especialistas na área do estudo deve ser realizado quando se trata da primeira versão de um instrumento.

Nessa fase do estudo, contou-se com a participação de seis especialistas, dois deles possuíam o título de Doutor em Enfermagem e os outros quatro possuíam o título de Mestre em Enfermagem. A escolha dos juizes obedeceu a critérios como a afinidade com a temática, formação especialista, experiência docente ou assistencial no campo em questão e reconhecimento entre os pares. Dessa forma, o agrupamento dos 60 enunciados foi submetido à análise desses especialistas que basicamente, assumiram a responsabilidade de identificar, discutir e avaliar as dificuldades de compreensão conceitual e a adequação de cada enunciado às características e atitudes essenciais ao estudante de Enfermagem ao prevenir UP.

Para tanto, os juizes receberam as informações necessárias sobre o detalhamento da sua participação principalmente no que tange a clareza da linguagem, a pertinência e a consistência dos enunciados, relacionando-os aos objetivos da etapa e do estudo em geral. Para dar ciência acerca das outras etapas do estudo e dos eixos teóricos que fundamentam o controle das ações, foi disponibilizada uma cópia do projeto para cada juiz.

O tempo médio entre o envio e o retorno de todos os instrumentos analisados, por correio eletrônico, foi de duas semanas. Pela ordem de devolução, cada um dos instrumentos recebeu a seguinte identificação: J1, J2, J3, J4, J5 e J6. Isto possibilitou uma organização inicial das respostas aos itens, preparando-os para

a análise semântica e para a alocação em planilhas eletrônicas a fim de viabilizar o cálculo estatístico das medianas. Assim iniciou-se o processo de refinamento que consistiu em selecionar um subconjunto dos enunciados originais a partir da opinião dos juizes.

3.5.1.3 O cálculo das medianas

O cálculo das medianas foi escolhido por se tratar de uma medida de centro que, como tal, divide o conjunto de dados em partes iguais. O uso dessa medida facilita a identificação dos itens escolhidos a partir da definição do valor de referência. Assim, pode-se afirmar que 50% das observações possuem valores abaixo da mediana e os outros 50% apresentam valores acima da mediana (Medronho, 2005, p.233). Para o cálculo da mediana, primeiramente é necessária a ordenação dos dados (n_1, n_2, \dots). A seguir, efetua-se o cálculo, utilizando-se a seguinte fórmula:

$Md = \frac{n + 1}{2}$ <p>Md = mediana n = número de dados</p>
--

Os dados foram organizados em planilha eletrônica dispondo-se os enunciados nas linhas e as respostas com as respectivas medianas nas colunas. Após os cálculos efetuados, utilizou-se como valor de referência a mediana 5. Esse limite possibilitou a exclusão inicial de 15 enunciados, restando 45 para a etapa subsequente que seria a análise por similaridade. A listagem na íntegra pode ser apreciada nos apêndices 04 e 05 e um extrato pode ser visto no quadro 06.

Quadro 06 – Julgamento dos juizes e medianas

Julgamento dos juizes e medianas							
Enunciado	1	2	3	4	5	6	Md
1- Obtém dados sobre o cliente, através da entrevista e/ou exame físico, respeitando a sua individualidade e utilizando uma comunicação verbal e não verbal em nível de compreensão do indivíduo.	5	4	3	5	5	5	5
2- Identifica os problemas do cliente que precisam de atendimento de Enfermagem e os relaciona com os dados levantados	5	3	5	5	5	5	5
3- Planeja as ações de Enfermagem a partir da análise dos problemas identificados, visando o atendimento dos mesmos.	5	4	5	5	5	5	5

* Extrato do apêndice 05

3.5.1.4 Conjunto final de assertivas para o IAD

Tendo em vista a necessidade de reduzir o número de itens, os 45 enunciados que obtiveram a mediana **cinco** foram comparados e submetidos ao agrupamento por similaridades. No que se refere à correlação e adequação, considerou-se como fio condutor o processo de Enfermagem (coleta dos dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), os componentes da orientação para ação e para o estado (preocupação, desprendimento, instabilidade persistência e hesitação) e o instrumento de avaliação usado no PCI VII.

Ao final, ainda atendendo aos eixos da metodologia, os 18 itens foram novamente organizados sob a forma de *check list* contendo os dados de identificação do estudante e as instruções para o preenchimento no que se referia ao julgamento sobre a adequação das ações do estudante de Enfermagem na implementação das medidas preventivas para as úlceras por pressão. (Apêndice 06)

Após o agrupamento por eixos temáticos mais abrangentes, atingiu-se o total de dezoito itens na composição do IAD como pode ser visto no quadro 07.

Quadro 07 – Conjunto final de assertivas para o IAD

Assertivas
1- Obtém dados sobre o cliente, através da entrevista e/ou exame físico, respeitando a sua individualidade e utilizando uma comunicação verbal e não verbal em nível de compreensão do indivíduo.
2- Identifica os problemas do cliente que precisam de atendimento de Enfermagem e os relaciona com os dados levantados
3- Planeja as ações de Enfermagem a partir da análise dos problemas identificados, visando o atendimento dos mesmos.
4- Estabelece prioridades no atendimento
5 - Identifica o grau de conhecimento do cliente e/ou família em relação à doença ou tratamento
6- Planeja as ações educativas com pertinência ao conteúdo específico a ser ensinado.
7- Avalia as ações de Enfermagem a partir do resultado obtido pelo cliente
8- Relata de modo sintético e descritivo a situação do paciente, utilizando terminologia científica.
9- Organiza o material e o ambiente necessário à execução dos procedimentos
10- Executa os procedimentos aplicando os princípios científicos envolvidos e demonstrando habilidade na execução
11- Realiza as atividades assistenciais demonstrando interesse pelos problemas dos pacientes
12- Mantém a atenção, concentração e interesse na execução das atividades propostas.
13- Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstâncias diferentes sem perder o foco da situação em tela
14- É capaz de identificar as próprias dificuldades durante o cuidado
15 - Preocupa-se em aprimorar conhecimento, habilidade e atitude a fim de se tornar mais competente.
16- Realiza as atividades de estudo conforme a programação
17- Procura espontaneamente ampliar os seus conhecimentos
18-Tende a apresentar emoções predominantemente positivas nas situações de fracasso

Cabe ressaltar que o instrumento apresentava quatro opções de resposta, em que se poderia assinalar a avaliação sobre o desempenho do estudante na situação em estudo considerando - o muito insatisfatório, insatisfatório, satisfatório ou plenamente satisfatório. A pontuação máxima obtida correspondia a 72 pontos e a mínima a 18 pontos. Assim, a análise do escore individual baseava-se no cálculo efetuado entre o somatório dos pontos atribuídos a cada item e a proporção relativa à

pontuação máxima. Após o preenchimento, os dados foram tratados segundo a análise estatística da sensibilidade e da especificidade para testes diagnósticos.

3.5.2 Escala do Controle da Ação (HAKEMP 90)

Em geral, as escalas são instrumentos simples e muito utilizados na mensuração do desempenho. Polit, Beck & Hungler (2004, p.434) descrevem uma escala como uma medida de um atributo que consiste em vários itens possuidores de uma relação lógica ou empírica, uns com os outros. Envolve a designação de uma pontuação, colocando os sujeitos num *continuun* relativo ao atributo investigado.

Trata-se de um dispositivo que organiza os aspectos qualitativos de um indivíduo em certa ordem conferindo-lhes um correspondente numérico que permite a leitura estatística para a análise de atitudes ou comportamentos individuais ou coletivos (ERTHAL 1996, p.36).

3.5.2.1 Descrição do questionário HAKEMP 90

O questionário HAKEMP 90 objetiva investigar o grau do controle da ação sobre os processos de planejamento e decisão da ação e sobre a execução de uma atividade. O instrumento contém 36 itens que se dividem em três subescalas. Cada subescala está composta por 12 itens que descrevem ações dadas diante de situações específicas. A primeira se refere à orientação para a ação / estado subsequente ao fracasso (OAF). A segunda possibilita investigar a orientação para a ação/estado no planejamento e na decisão para a ação (OAP) e finalmente, a orientação para a ação/estado trata da atividade bem sucedida e motivação intrínseca

(OAA). Segundo Kuhl (1994a, p.47) as assertivas do questionário são apropriadas para a aplicação tanto em adolescentes (a partir de 12 anos) quanto em adultos.

Para cada item, existem duas respostas possíveis, uma indica a orientação para a ação e a outra para o estado. O autor recomenda que, para se obter o cálculo da qualificação, deve-se atribuir um ponto para cada resposta e a seguir somá-los. Assim sendo, a soma das respostas individuais tanto para a ação quanto para o estado estará contida entre 0 e 12. Os valores totais inferiores à média normativa do grupo indicam uma disposição para a orientação para o estado e acima da média, indicam a orientação para a ação. Os valores normativos dispostos no quadro 08 orientam a distribuição das respostas aos respectivos itens para a análise da pontuação obtida nas três subescalas.

Quadro 08 - Valores normativos que orientam a atribuição da orientação para ação ou estado

Valores normativos	
Orientação para a ação subsequente ao fracasso (OAF) <i>versus</i> Preocupação	1B, 4B, 7A, 10A, 13B, 16B, 19A, 22B, 25B, 28B, 31B, 34A
Orientação para a ação no planejamento da ação (OAP) <i>versus</i> Hesitação	2B, 5B, 8B, 11A, 14B, 17B, 20B, 23A, 26A, 29B, 32A, 35 A
Orientação para a ação na atividade focalizada (OAA) <i>versus</i> Volatilidade	3B, 6B, 9A, 12B, 15A, 18B, 21A, 24B, 27A, 30B, 33B, 36 A

Primeiramente, a escala OAF é especialmente exitosa em predizer o déficit de execução que se observa nos estudantes frente à experiência do fracasso. Assim, o individuo orientado para o estado apresenta menor controle sobre os pensamentos que resultam do fracasso experimentado recentemente, o qual interfere com a execução eficiente da nova tarefa.

Na subescala Orientação da ação subsequente ao fracasso (OAF), considera-se que a pontuação contida no intervalo entre 0 e 4 significa a presença de características individuais de orientação para o estado, e a pontuação compreendida no intervalo entre 5 e 12 representa a orientação para a ação.

A segunda subescala apresenta os itens que indicam a orientação para ação relacionada ao planejamento. A pontuação situada entre 0 e 5 corresponde aos indivíduos orientados para o estado, e a pontuação contida no intervalo entre 6 e 12 possibilita a identificação dos indivíduos orientados para a ação. A escala OAP pode detectar a coerência existente entre a intenção de fazer e a sua realização. Pode-se afirmar que os indivíduos orientados para a ação apresentam este indicador comportamental mais evidente do que os orientados para o estado.

A escala OAA mede o grau em que o indivíduo pode estar imerso numa atividade sem que sua intenção se desvie da sua realização. Essa escala pode ser concebida como uma medida do enfoque intrínseco na atividade em contraste com a atividade focalizada no alcance da meta. Segundo as normas atribuídas a esta subescala, a totalização de respostas entre 0 e 9 pontos indica orientação para o estado, e, entre 10 e 12 pontos, indica a orientação para a ação.

Os valores das três escalas devem ser calculados em separado, devido à correlação que cada uma guarda com comportamentos distintos. O autor recomenda a análise conjunta dos resultados obtidos na aplicação das escalas OAF e OAP.

3.5.2.2 Tradução e retradução do questionário HAKEMP 90:

A escala original

A Escala do Controle da Ação (ou Questionário HAKEMP 90) é um instrumento autopreenchível elaborado por Kuhl (1982, p.) para identificar as características da orientação para a ação e estado e se encontra disponível em inglês, espanhol e alemão. Para o estudo, optou-se pela versão em espanhol e o processo de avaliação de equivalência semântica para o português utilizou a tradução, a retradução e a adaptação transcultural. (Anexo 02)

A equivalência entre os instrumentos pode ser obtida através de cinco etapas (BRISLIN, 1970). A primeira etapa compreendeu a tradução do instrumento original para o idioma alvo. Seguindo esse passo, a versão em espanhol do questionário HAKEMP 90 foi entregue a um tradutor bilíngüe para a tradução inicial para a língua portuguesa (H1).

A seguir, a versão em português (H1) foi enviada para outro tradutor, cuja língua materna era o espanhol. O objetivo foi realizar a retradução ou *back translation* da versão em português para o idioma original (H2). As versões geradas (H1 e H2) foram comparadas pelos dois tradutores com o propósito de discutir a correspondência dos itens ao contexto brasileiro com as devidas correções semânticas a fim de que adquirissem mais clareza, objetividade e adequação.

Por fim, os 36 itens em português foram organizados e aplicados em cinco estudantes do curso de graduação em Enfermagem como pré-teste do instrumento traduzido. O objetivo dessa etapa foi verificar a compreensão dos estudantes acerca do instrumento e assim considerar que a versão da escala na língua portuguesa estava pronta para ser utilizada. Alguns critérios foram seguidos quanto ao preparo dos estudantes para o preenchimento da escala. Os respondentes

receberam informações sobre os objetivos, a relevância do estudo para a situação problema em questão e as orientações específicas contidas no questionário.

A versão final em português foi definida após adaptação dos trinta e seis itens componentes do questionário. Essa versão foi enviada por correio eletrônico em junho de 2006 para a ciência do professor Miguel Kazen, pesquisador mexicano e membro da equipe do Professor Julius Kuhl, idealizador do instrumento HAKEMP 90, na Alemanha. A tradução da escala foi considerada adequada pelo pesquisador. Assim, com os dois instrumentos prontos, completou-se a segunda etapa do estudo. (Apêndice 07)

3.6 Terceira etapa: a aplicação do IAD e do questionário HAKEMP 90 na amostra

3.6.1 A aplicação do IAD no campo

O IAD foi aplicado em 46 estudantes de Enfermagem que cursavam o PCI VII no segundo semestre letivo de 2006. Neste quantitativo não foram incluídos os estudantes que participaram do pré-teste. Os objetivos dessa etapa foram avaliar as ações dos estudantes durante a implementação dos cuidados preventivos para as UP no cenário hospitalar e auxiliar na determinação do grau de risco para o desempenho insatisfatório na situação investigada.

A situação de aprendizagem selecionada para a coleta das informações se insere nas dimensões teóricas e práticas do PCIVII e permitiu a avaliação discente durante os cuidados prestados ao cliente hospitalizado, com vistas à identificação dos riscos para o desenvolvimento das UP e ao planejamento das ações preventivas.

Como roteiro para a avaliação do cliente, os estudantes utilizaram a Escala de Braden (Anexo 03). Esse instrumento utiliza indicadores distribuídos em

seis subescalas que visam detectar evidências indicadoras do risco para a úlcera por pressão e orienta a seleção das medidas preventivas necessárias para o cuidado do cliente.

Já dito anteriormente, o IAD constava de 18 itens com valoração entre um a quatro pontos distribuídos no *continuun* entre *muito insatisfatório* e *plenamente satisfatório*. O estudante que obtivesse a avaliação *plenamente satisfatória* em todos os itens totalizaria setenta e dois pontos. Ao contrário, o estudante *totalmente insatisfatório* teria a pontuação mínima de dezoito pontos. Na etapa seguinte, foi realizado o somatório dos valores atribuídos a cada uma das alternativas selecionadas e foram efetuados os cálculos para determinar a proporção dos pontos obtidos pela amostra. Assim, comparando-se com a pontuação máxima do IAD, foram calculadas as pontuações individuais.

Os IADs, contendo os resultados da avaliação individual, foram armazenados em planilhas eletrônicas junto aos dados originados pela aplicação do questionário HAKEMP 90 preenchidos pelos estudantes e numerados em ordem crescente e receberam a codificação de E1, E2 sucessivamente.

3.6.2 A aplicação do questionário HAKEMP 90

De acordo com o cronograma do PCI VII, considerou-se o término das atividades como pré-requisito para o agendamento do encontro com os estudantes. Desse modo, o questionário HAKEMP 90 foi aplicado após a divulgação das notas, garantindo-se aos estudantes que o preenchimento da escala não representava interferência na avaliação obtida no programa curricular.

As informações sobre a data, o horário e o local foram divulgadas no âmbito do PCI VII com uma semana de antecedência e confirmadas na véspera do encontro. No dia marcado, os estudantes receberam as orientações e esclarecimentos iniciais para o preenchimento do questionário. Cada estudante recebeu o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias. O tempo gasto nessa etapa foi de aproximadamente 40 minutos.

Iniciou-se então a ordenação dos dados de acordo com o padrão normativo recomendado pelo autor. Partiu-se para a composição de um mapa geral com as respostas dos estudantes aos 36 itens do questionário HAKEMP 90 (Apêndice 08). Na seqüência, essa planilha foi desmembrada para mostrar os conjuntos de respostas dadas a cada subescala. Essa reorganização propiciou a análise dos itens segundo os valores normativos. As planilhas referentes as subescalas OAF, OAP e OAA estão detalhadas nos apêndices 09, 10, 11 e 12.

3.7 Quarta etapa: A comparação entre os dados coletados

Essa fase do estudo teve como objetivo comparar os resultados obtidos pela aplicação do IAD e do questionário HAKEMP 90. Os escores gerados tanto pela aplicação do IAD nos estudantes quanto pelo questionário HAKEMP 90 foram organizados em planilhas eletrônicas.

Os dados obtidos com o instrumento de avaliação (IAD) foram distribuídos em dois grupos que correspondiam respectivamente ao desempenho satisfatório (G1) e ao desempenho insatisfatório (G2). No mesmo quadro foram dispostas as respostas atribuídas pelos estudantes ao questionário HAKEMP 90, segundo os pontos

indicados no padrão normativo para cada uma das três sub escalas (Quadros 09 e 10).

Quadro 09 - Dados comparativos entre IAD e HAKEMP 90 (Grupo 1)

ESTUDANTES		HAKEMP 90			IAD
Grupo Muito satisfatório/satisfatório		OAF	OAP	OAA	
G1	45	A	A	A	0,97
	20	E	A	E	0,94
	19	E	E	E	0,93
	27	E	E	A	0,93
	14	A	E	E	0,9
	29	E	E	A	0,9
	1	A	A	E	0,89
	13	A	E	A	0,89
	17	A	E	A	0,89
	2	A	A	E	0,87
	24	A	A	E	0,86
	35	A	A	A	0,86
	6	E	E	E	0,8
	36	A	A	E	0,8
	43	E	E	E	0,8
	38	A	A	E	0,78
	41	A	A	A	0,77
	25	E	A	E	0,76
	11	A	A	E	0,74
	39	A	A	E	0,73
4	A	E	E	0,72	
9	A	A	E	0,7	
30	E	A	A	0,7	
40	E	E	E	0,7	

Quadro 10 - Dados comparativos entre IAD e HAKEMP 90 (Grupo 2)

ESTUDANTES		HAKEMP 90			IAD
Grupo insatisfatório		OAF	OAP	OAA	
G2	37	A	E	A	0,69
	26	A	E	E	0,68
	7	A	A	E	0,67
	8	A	A	E	0,67
	15	A	A	E	0,67
	32	E	E	A	0,67
	46	A	E	E	0,67
	34	E	E	E	0,65
	18	E	E	A	0,64
	21	E	E	E	0,63
	44	E	E	E	0,63
	33	E	A	E	0,62
	12	A	A	E	0,61
	16	E	A	A	0,61
	23	E	A	E	0,61

	42	E	E	E	0,61
	10	E	E	E	0,59
	22	A	A	E	0,59
	31	E	A	A	0,59
	3	E	E	E	0,56
	5	A	A	E	0,54
	28	A	E	A	0,53

O estabelecimento de uma relação comparativamente mais significativa está descrito nas tabelas que demonstram os cálculos estatísticos da sensibilidade e especificidade.

3.8 Cálculos estatísticos

3.8.1 Testes sensíveis

De acordo com Medronho (2005, p. 259) um teste diagnóstico apresenta as propriedades de sensibilidade e especificidade que são inerentes a todo teste diagnóstico e devem ser consideradas ao utilizá-lo.

A sensibilidade é a proporção de resultados verdadeiros positivos e expressa a probabilidade de um teste ser positivo, ou seja, é a medida da capacidade do método de decisão de predizer a condição que se pretende detectar. Ela é obtida através da seguinte forma:

$$S = \frac{a}{a + c}$$

S – sensibilidade **a**- verdadeiro positivo **c**- falso negativo

Fletcher *et al.* (2003, p.74) destaca que um teste sensível é o teste de escolha quando não se pode correr o risco de não chegar à conclusão diagnóstica,

por exemplo, na presença de uma condição perigosa, como uma doença grave. São úteis nos estágios iniciais de um processo diagnóstico quando um grande número de possibilidades está sendo considerado e se quer reduzi-lo . Quanto mais sensível for um teste melhor será o seu valor preditivo negativo⁸, ou seja, a quase garantia de que a condição investigada está ausente.

3.8.2 Testes específicos

A especificidade é a proporção de verdadeiros negativos, ou seja, da capacidade do método apontar ausência da condição para os casos que realmente não apresentam uma dada condição. Para obter a especificidade emprega-se a seguinte fórmula:

$$E = \frac{d}{b + d}$$

E – especificidade **b**- falso positivo **d**- verdadeiro negativo

Os cálculos para expressão da validade em relação a um padrão são efetuados estatisticamente através da sensibilidade, da especificidade e do valor preditivo.

Fletcher *et al* (2003, p.74) ressaltam que quatro interpretações são possíveis para o resultado de um teste diagnóstico, duas em que o teste está correto e duas em que está incorreto. A aplicação do teste pode resultar em positivo na presença da condição que se deseja detectar (**verdadeiro positivo**), positivo na sua ausência (**falso positivo**), negativo na ausência (**verdadeiro negativo**) e negativo na sua presença (**falso negativo**) como descrito a seguir:

⁸ É a proporção de verdadeiros negativos entre todos os indivíduos com teste negativo (Medronho, 2005, p.261)

		CONDIÇÃO		Total
		PRESENTE	AUSENTE	
TESTE	POSITIVO	a verdadeiro positivo	b falso positivo	a + b
	NEGATIVO	c falso negativo	d verdadeiro negativo	c + d
TOTAL		a + c	b + d	a + b + c + d

Medronho (2005, p.260) ressalta que testes específicos são utilizados para confirmar um diagnóstico. Para o autor, um teste específico raramente resultará positivo na ausência da doença. Isto quer dizer que o teste específico aponta poucos resultados falso positivos. Quanto mais específico for um teste, melhor será o seu valor preditivo positivo⁹.

Dessa forma, compreende-se que o método da investigação adotado propiciou a análise do objeto em foco, visto que o aparecimento de uma modalidade de orientação motivacional pode predizer o desempenho do estudante diante de situações focais como o cuidado fundamental para a prevenção de UP e conseqüentemente, a eficácia frente às situações de risco ao cliente.

⁹ É a proporção de verdadeiros positivos entre todos os indivíduos com teste positivo (Medronho,2005, p 260)

Resultados e discussão

O principal objetivo do presente estudo foi verificar se a Teoria do Controle da Ação (Kuhl, 1988) pode ser aplicada como um recurso disponível para o diagnóstico precoce dos estudantes na implementação dos cuidados preventivos para úlceras por pressão.

Os dados foram obtidos a partir da aplicação do Instrumento de Avaliação Discente e o questionário HAKEMP 90 na amostra composta por 46 estudantes do 5º período da Graduação em Enfermagem. Para a construção do IAD a autora utilizou critérios de avaliação do PCI VII e características essenciais que envolvem o processo de aprender durante as atividades acadêmicas citadas em publicações da área.

O questionário HAKEMP 90 (Kuhl, 1988) apresenta assertivas que indicam em que medida os estudantes estão mais próximos ou mais distantes da realização da ação relacionada ao fracasso, ao planejamento e decisão e a motivação intrínseca. A sua análise permite a classificação para ação ou estado segundo as recomendações e os padrões normativos sugeridos pelo autor. Os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se os critérios da sensibilidade e da especificidade para testes diagnósticos.

4.1 O Instrumento de Avaliação Discente (IAD)

O IAD foi aplicado com o objetivo de identificar atitudes ou características essenciais para o planejamento do cuidado de enfermagem durante as atividades no campo hospitalar. Em sua composição original, os dezoito itens enunciavam características que o estudante deveria demonstrar ou prioridades que deveria atender ao aplicar a metodologia assistencial, tendo em vistas a implementação do cuidado de enfermagem preventivo para UP.

4.1.1 A organização geral dos dados obtidos com o IAD

O quadro 11 apresenta 46 estudantes distribuídos por categorias de avaliação e índices de desempenho. Os dados da avaliação individual (muito insatisfatório, insatisfatório, satisfatório e plenamente satisfatório) e o número de ocorrências em cada uma das categorias de desempenho foram organizados em quatro colunas a seguir. A última coluna demonstra os índices de desempenho individual obtidos a partir da multiplicação do número de ocorrências registradas em cada categoria (muito insatisfatório-MI, insatisfatório-I, satisfatório-S e plenamente satisfatório-PS) pelo valor normativo estabelecido (MI = 1, I = 2, S = 3 e PS = 4) na metodologia.

As categorias de avaliação e os respectivos índices de desempenho alcançados pelos quarenta e seis estudantes de enfermagem serão demonstrados no quadro a seguir.

Quadro 11 – Médias obtidas pela amostra relativas as avaliações segundo o IAD.

Avaliação IAD					
MI – muito insatisfatório I – insatisfatório S – satisfatório PS - plenamente satisfatório					
Estudantes	MI 1	I 2	S 3	PS 4	Índice de desempenho
1			8	10	0,89
2		1	7	10	0,87
3		14	4		0,56
4		2	16		0,72
5		15	3		0,54
6		2	10	6	0,8
7		6	12		0,67
8		6	12		0,67
9		6	9	3	0,7
10		11	7		0,59
11		2	15	1	0,74
12		10	8		0,61
13			8	10	0,89
14			7	11	0,9
15		6	12		0,67
16		10	8		0,61
17			8	10	0,89
18		10	8		0,64
19			5	13	0,93
20			4	14	0,94
21		10	6	2	0,63
22		11	7		0,59
23		9	6	3	0,61
24			10	8	0,86
25		1	15	2	0,76
26		5	13		0,68
27			5	13	0,93
28		16	2		0,53
29			7	11	0,9
30		6	9	3	0,7
31		11	7		0,59
32		6	12		0,67
33		10	7	1	0,62
34		9	7	2	0,65
35			10	8	0,86
36			14	4	0,8
37		2	10	4	0,69
38		3	10	5	0,78
39		3	9	6	0,73
40		4	14		0,7
41		4	12	2	0,77
42		10	8		0,61
43		2	10	6	0,8
44		10	6	2	0,63
45			2	16	0,97
46		9	6	3	0,67

A título de exemplo, no caso do estudante E1, o índice de desempenho de 0,89 foi calculado considerando-se que para cada um dos oito itens em que o aluno foi avaliado **satisfatoriamente** contabilizou três pontos (subtotal igual a vinte e quatro pontos) e cada avaliação **plenamente satisfatória** contabilizou quatro pontos

(subtotal igual a quarenta pontos). Assim, a soma dos valores obtidos nas avaliações totalizou sessenta e quatro pontos. Finalmente, dividindo-se a pontuação obtida (64) pela máxima possível (72) obteve-se o índice apresentado de 0,89. Os outros índices de desempenho da amostra foram calculados seguindo-se o mesmo procedimento.

4.1.2 A distribuição dos estudantes em grupos de risco (G1 e G2)

O objetivo desta etapa foi dividir os estudantes em dois grupos, classificando-os como alto risco e baixo risco para desempenho insatisfatório. Para tal considerou-se como satisfatório o desempenho expresso por um índice no mínimo igual a mediana da amostra. Insatisfatório foi o desempenho quantificado por índice inferior a mediana. A mediana calculada foi 0,70, sendo este o ponto de corte utilizado para a divisão dos estudantes em dois grupos. Os índices obtidos pela avaliação do desempenho dos estudantes no ambiente hospitalar podem ser apreciados no quadro 12.

Quadro 12 – Divisão dos estudantes em grupos segundo desempenho

Grupo 1		Grupo 2	
Desempenho satisfatório	Desempenho insatisfatório	Desempenho satisfatório	Desempenho insatisfatório
Estudantes	Valor obtido	Estudantes	Valor obtido
45	0,97	37	0,69
20	0,94	26	0,68
19	0,93	7	0,67
27	0,93	8	0,67
14	0,9	15	0,67
29	0,9	32	0,67
1	0,89	46	0,67
13	0,89	34	0,65
17	0,89	18	0,64
2	0,87	21	0,63
24	0,86	44	0,63
35	0,86	33	0,62
6	0,8	12	0,61

36	0,8	16	0,61
43	0,8	23	0,61
38	0,78	42	0,61
41	0,77	10	0,59
25	0,76	22	0,59
11	0,74	31	0,59
39	0,73	3	0,56
4	0,72	5	0,54
9	0,7	28	0,53
30	0,7		
40	0,7		

A leitura mostra a variação dos índices de desempenho obtidos no grupo satisfatório entre 0,70 e 0,97 em um total de 24 estudantes (52,2%). Já o grupo de desempenho insatisfatório inclui 22 estudantes (47,8%) variando os seus índices entre 0,53 e 0,69.

4.2 Questionário HAKEMP 90 – A orientação para ação e para o estado.

4.2.1 A organização dos dados obtidos através da aplicação do questionário HAKEMP 90

Descrito em detalhe na página 122, o questionário HAKEMP 90 é composto por trinta e seis questões com duas opções de resposta, uma indica a orientação para a ação e a outra indica a orientação para o estado. Consiste de três dimensões: desprendimento *versus* preocupação, hesitação *versus* iniciativa e volatilidade *versus* persistência. Seguindo essa lógica, o instrumento se divide em três subescalas compostas por doze itens cada uma e que descrevem o modo de agir diante de situações específicas.

A primeira subescala se refere à orientação para a ação ou estado subsequente ao fracasso (OAF). A segunda possibilita investigar a orientação para

a ação ou estado no planejamento e na decisão para a ação (OAP) e finalmente, a terceira subescala trata da orientação para a ação na atividade realizada com êxito (enfoque na atividade ou motivação intrínseca).

Assim sendo, julgou-se adequada a organização preliminar das respostas a fim de proporcionar a visão geral do conjunto e prepará-las para a divisão posterior. De modo semelhante ao IAD, a primeira coluna apresentava os estudantes em ordem numérica crescente. A seguir, em número correspondente as perguntas do questionário, no qual as trinta e seis colunas alocavam respostas individuais. A planilha que demonstra a organização inicial pode ser apreciada integralmente no apêndice 08.

Para fins de análise das dimensões da escala e atribuição dos valores normativos, Kuhl (1988) recomenda que a leitura das respostas dadas as três subescalas que compõem o questionário HAKEMP 90 seja feita separadamente. O quadro 13 apresenta os valores normativos que orientaram a divisão das subescalas, a fim de se aferir a pontuação individual dos estudantes.

Quadro 13 - Valores normativos que orientam a atribuição da orientação para ação ou estado

<i>Valores normativos</i>	
Orientação para a ação subsequente ao fracasso (OAF) <i>versus</i> Preocupação	1B, 4B, 7A, 10A, 13B, 16B, 19A, 22B, 25B, 28B, 31B, 34A
Orientação para a ação no planejamento da ação (OAP) <i>versus</i> Hesitação	2B, 5B, 8B, 11A, 14B, 17B, 20B, 23A, 26A, 29B, 32A, 35 A
Orientação para a ação na atividade focalizada (OAA) <i>versus</i> Volatilidade	3B, 6B, 9A, 12B, 15A, 18B, 21A, 24B, 27A, 30B, 33B, 36 A

Para a construção da planilha OAF foram destacadas as questões 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31 e 34 e as respectivas respostas dadas pelos quarenta e

seis estudantes. De modo semelhante, para formar a planilha OAP foram agrupadas as questões 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32 e 35 e finalmente na planilha OAA foram inseridas as respostas para 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33 e 36. Os quadros 14,15 e 16 apresentam a organização por subescala, preparando-as para a análise com base no cálculo dos valores normativos.

Quadro 14- Alocação das respostas a subescala OAF

Subescala 1 – Orientação para a ação subsequente ao fracasso (OAF)												
Estudantes	1	4	7	10	13	16	19	22	25	28	31	34
1	b	b	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a
2	a	b	a	a	a	b	a	a	b	b	b	a
3	a	a	a	b	a	b	b	a	a	a	a	b
4	b	b	b	a	a	b	a	a	b	b	a	a
5	b	b	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a
6	a	b	b	a	a	b	b	a	a	a	a	b
7	b	b	a	a	a	b	b	a	a	a	a	b
8	b	b	a	a	a	b	a	b	b	b	b	a
9	a	b	a	a	a	b	a	b	a	a	a	a
10	a	b	b	b	a	a	b	a	a	a	a	a
11	b	b	b	b	b	a	b	a	a	a	b	a
12	a	b	b	a	a	b	a	a	a	b	a	a

* Extrato do apêndice 09

Quadro 15- Alocação das respostas a subescala OAP

Subescala 2 : Alocação das respostas a subescala OAP												
Estudantes	2	5	8	11	14	17	20	23	26	29	32	35
1	b	b	b	b	b	a	b	b	a	b	b	a
2	b	b	a	a	b	b	b	b	a	b	a	a
3	a	b	a	b	b	a	a	b	b	a	b	b
4	a	a	b	a	b	a	a	b	a	a	b	a
5	b	b	b	b	a	a	b	a	a	b	b	b
6	b	a	b	a	b	a	a	b	b	a	b	b
7	b	b	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a
8	b	b	a	a	b	a	a	a	a	a	b	a
9	b	b	b	b	b	b	b	a	a	b	a	a
10	a	b	a	a	a	a	a	b	b	a	b	b
11	a	b	a	b	b	a	b	b	a	b	a	a
12	a	b	b	a	b	b	b	b	b	a	b	a

• Extrato do apêndice 10

Quadro 16- Alocação das respostas a subescala OAA

Subescala 3 - Alocação das respostas a subescala OAA												
Estudantes	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
1	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	b	a
2	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	b

3	b	a	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a
4	b	a	b	a	a	a	a	b	a	a	a	b
5	b	a	a	a	a	b	a	a	a	a	b	b
6	b	b	a	a	a	a	a	b	a	a	b	a
7	b	b	a	b	a	b	a	a	b	a	b	b
8	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	b	b
9	b	b	a	b	a	a	a	b	b	a	b	a
10	a	b	a	b	b	a	a	b	b	a	b	a
11	b	a	a	a	a	a	a	a	a	b	b	a
12	b	a	b	a	a	a	a	a	a	b	b	a

* Extrato do apêndice 11

4.2.2 A atribuição dos valores normativos às respostas dadas ao questionário HAKEMP 90 para a classificação em orientação para ação ou estado

A fim de classificar os estudantes em orientados para ação ou estado efetuou-se a correlação entre as respostas dos estudantes e os valores normativos indicados pelo autor para orientar o cálculo dos resultados individuais. As pontuações referentes à normatização para ação ou estado são descritas no quadro a seguir.

Quadro 17 - Pontuações para a classificação em orientação para ação ou estado

Subescala	Pontos para Estado	Pontos para Ação
OAF	0- 4	5-12
OAP	0-5	6-12
OAA	0-9	10-12

Na subescala OAF, a pontuação contida no intervalo entre 0 e 4 se refere à orientação para o estado e entre 5 e 12 para orientação para a ação. Segundo Kuhl (1988, p.) a análise das respostas da escala OAF é especialmente exitosa em prever o déficit de execução que se observa nos estudantes quando expostos à experiência do fracasso acadêmico. Para o autor, a pessoa orientada para o estado possui menor controle sobre pensamentos repetitivos que surgem como resultado do fracasso experimentado recentemente, o qual interfere com a execução

eficiente da nova tarefa. Ao contrário, a pessoa orientada para a ação controla a situação, investindo tempo e esforço necessários para traçar estratégias e partir para outras tarefas.

Na escala OAP, a pontuação compreendida entre 0 a 5 refere-se ao estudante com orientação para o estado e os pontos obtidos entre 6 a 12 indicam a orientação para a ação. As respostas dos estudantes à escala OAP possibilitam detectar a coerência existente entre a intenção de fazer alguma coisa, completar a ação voluntariamente e a execução real. Pode-se afirmar que a correlação entre a intenção e a ação é consideravelmente maior entre as pessoas orientadas para a ação, ou seja, com a qualificação acima da média na escala OAP.

As normas para a escala OAA atribuem a pontuação entre 0 e 9 para o estado e 10 a 12 pontos para orientação para a ação. A escala OAA que mede o grau em que o indivíduo está intrinsecamente envolvido na atividade sem que a intenção se desvie da realização. Os valores totais inferiores a média do grupo indicavam uma disposição para a orientação para o estado e acima da média, indicavam a orientação para a ação.

O quadro 18 constitui-se de quatro linhas por 14 colunas. Na primeira linha grafam-se os números pertinentes das questões pertinentes a escala OAA. Na segunda linha observam-se as respostas do estudante E1. Na terceira apresentam-se os valores normativos propostos por Kuhl (1985) para a subescala OAA. Finalmente, na última linha, apresenta-se o resultado em termos de concordância ou não entre a resposta do estudante (linha2) e o valor normativo (linha3).

O resultado indicativo de orientação para a ação ocorreu quando da concordância entre resposta e valor normativo, sendo apresentado na linha 4 como

um “X” . O total de pontos (7) apresenta-se na ultima célula. Considerando-se então o valor obtido e o considerado por Kuhl apresentado linhas acima (0-9), o estudante E1 é então classificado como orientado para o estado.

Quadro 18 – Exemplo do cálculo normativo individual

OAA	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	Total
E1	a	a	a	b	a	a	a	b	a	A	b	a	
Valor normativo	3B	6B	9A	12B	15A	18B	21A	24B	27A	30B	33B	36A	
Resultado			X	X	X		X	X	X		X		7

De modo semelhante, foram realizadas as apurações individuais nas três subescalas. As respostas individuais foram comparadas com os padrões normativos, gerando a classificação segundo a orientação para a ação ou estado apresentada a seguir no quadro 19.

Quadro 19 - Classificação dos estudantes na orientação para ação ou estado segundo as subescalas

INSTRUMENTO HAKEMP 90				INSTRUMENTO HAKEMP 90			
Estudantes	OAF	OAP	OAA	Estudantes	OAF	OAP	OAA
1	A	A	E	24	A	A	E
2	A	A	E	25	E	A	E
3	E	E	E	26	A	E	E
4	A	E	E	27	E	E	A
5	A	A	E	28	A	E	A
6	E	E	E	29	E	E	A
7	A	A	E	30	E	A	A
8	A	A	E	31	E	A	A
9	A	A	E	32	E	E	A
10	E	E	E	33	E	A	E
11	A	A	E	34	E	E	E
12	A	A	E	35	A	A	A
13	A	E	A	36	A	A	E
14	A	E	E	37	A	E	A
15	A	A	E	38	A	A	E
16	E	A	A	39	A	A	E
17	A	E	A	40	E	E	E
18	E	E	A	41	A	A	A
19	E	E	E	42	E	E	E
20	E	A	E	43	E	E	E
21	E	E	E	44	E	E	E
22	A	A	E	45	A	A	A
23	E	A	E	46	A	E	E

4.2.3 Tratamento dos dados para análise comparativa

Esta fase teve como objetivo preparar os dados obtidos anteriormente com o IAD e o questionário HAKEMP 90 para a análise segundo os critérios de sensibilidade e especificidade para testes diagnósticos organizando-os no mesmo quadro.

Os resultados individuais dos estudantes com baixo risco para o desempenho insatisfatório (G1) e a respectiva orientação para ação ou estado foram alocados em ordem decrescente segundo os escores gerados pelo IAD e pelo corte a partir da mediana 0,7. Essa forma de organização permitiu uma leitura linear do desempenho durante as atividades desenvolvidas junto ao cliente no hospital e proporcionou também a relação com a respectiva classificação para ação ou estado em cada subescala (Quadros 20 e 21).

Quadro 20 - Dados comparativos entre IAD e HAKEMP 90 (Grupo 1)

ESTUDANTES Grupo de baixo risco		HAKEMP 90			IAD
		OAF	OAP	OAA	
G1	45	A	A	A	0,97
	20	E	A	E	0,94
	19	E	E	E	0,93
	27	E	E	A	0,93
	14	A	E	E	0,9
	29	E	E	A	0,9
	1	A	A	E	0,89
	13	A	E	A	0,89
	17	A	E	A	0,89
	2	A	A	E	0,87
	24	A	A	E	0,86
	35	A	A	A	0,86
	6	E	E	E	0,8
	36	A	A	E	0,8
	43	E	E	E	0,8
	38	A	A	E	0,78
	41	A	A	A	0,77
	25	E	A	E	0,76
11	A	A	E	0,74	

	39	A	A	E	0,73
	4	A	E	E	0,72
	9	A	A	E	0,7
	30	E	A	A	0,7
	40	E	E	E	0,7

O quadro 20 demonstra a organização dos dados relativos ao grupo (G1) em que, segundo a TCA, o risco para o desempenho insatisfatório dos estudantes de enfermagem é menor na implementação do cuidado. Em sua composição estão listados vinte e quatro estudantes que obtiveram índices de avaliação de pelo menos 0,70.

Seguindo-se as mesmas diretrizes, os valores obtidos pela amostra que apresentou alto risco para desempenho insatisfatório (G2) estão expressos no quadro 21. Nesse grupo, observa-se que entre os vinte e dois estudantes que foram avaliados pelo IAD encontram-se doze cuja orientação para o estado se repete em pelo menos duas escalas avaliadas.

Quadro 21 - Dados comparativos entre IAD e HAKEMP 90 (Grupo 2)

ESTUDANTES Grupo de alto risco		HAKEMP 90			IAD
		OAF	OAP	OAA	
G2	37	A	E	A	0,69
	26	A	E	E	0,68
	7	A	A	E	0,67
	8	A	A	E	0,67
	15	A	A	E	0,67
	32	E	E	A	0,67
	46	A	E	E	0,67
	34	E	E	E	0,65
	18	E	E	A	0,64
	21	E	E	E	0,63
	44	E	E	E	0,63
	33	E	A	E	0,62
	12	A	A	E	0,61
	16	E	A	A	0,61
	23	E	A	E	0,61
	42	E	E	E	0,61
	10	E	E	E	0,59
	22	A	A	E	0,59
	31	E	A	A	0,59

3	E	E	E	0,56
5	A	A	E	0,54
28	A	E	A	0,53

4.2.4- Sensibilidade e especificidade

Visando à comprovação do objeto do estudo utilizou-se o cálculo da sensibilidade e da especificidade para comparar os grupos de baixo risco (G1) e alto risco (G2) com a orientação para a ação (OA) e estado (OE). Os cálculos referentes à sensibilidade, à especificidade e ao valor preditivo expressaram a adequação do questionário HAKEMP 90 como teste diagnóstico em relação ao desempenho do estudante de Enfermagem.

Nesse tipo de análise, foi possível estudar tanto os resultados positivos através da sensibilidade do teste diagnóstico quanto os resultados negativos com o uso da especificidade. Fletcher, Fletcher & Wagner (2003, p.74) ressaltam que são possíveis quatro interpretações para o resultado de um teste diagnóstico, duas em que o teste está correto e duas em que está incorreto. Portanto, a sua aplicação pode resultar em evento positivo na presença da condição que se deseja detectar (verdadeiro positivo), positivo na sua ausência (falso positivo), negativo na ausência (verdadeiro negativo) e negativo na sua presença (falso negativo).

De acordo com Medronho (2005, p. 259), as propriedades de sensibilidade e especificidade são inerentes a todo teste diagnóstico e devem ser consideradas ao utilizá-lo. Explica que a sensibilidade é a proporção de resultados verdadeiros positivos e expressa a probabilidade de um teste ser positivo, ou seja, é a medida da capacidade do método de decisão de prever a condição que se pretende detectar. Sendo assim, ao se aplicar essa medida ao questionário HAKEMP 90

identifica-se o grupo de estudantes em situação de risco para o desempenho insatisfatório na situação investigada.

Na mesma linha, Fletcher, Fletcher & Wagner (*op cit*, p.74) destacam que um teste sensível é escolhido quando não se pode correr o risco de elaborar diagnósticos equivocados, a exemplo de uma condição perigosa ou uma doença grave. Ainda mais, os testes sensíveis são úteis nos estágios iniciais de um processo diagnóstico diante de inúmeras possibilidades que precisam ser reduzidas. Ressalta-se que quanto mais sensível for o teste maior será o valor preditivo negativo¹⁰, ou seja, a quase garantia de que a condição investigada está ausente.

Descreve-se a especificidade como a proporção de verdadeiros negativos, ou seja, da capacidade do método apontar ausência de uma dada condição. Medronho (2005, p.260) considera que os testes específicos são utilizados para confirmar um diagnóstico e que raramente indicarão o resultado positivo na ausência da doença. Isto quer dizer que o teste diagnóstico que demonstra especificidade elevada indica poucos resultados falso-positivos. Quanto mais específico for um teste, melhor será o seu valor preditivo positivo¹¹. No estudo, a especificidade identificou os estudantes com desempenho satisfatório e baixo risco para a condição investigada.

Pelo exposto, ressalta-se a adequação dessas medidas estatísticas para a avaliação do questionário HAKEMP 90 como recurso diagnóstico para a predição do desempenho do estudante diante de situações focais onde se deseja a

¹⁰ É a proporção de verdadeiros negativos entre todos os indivíduos com teste negativo (MEDRONHO, 2005, p.261).

¹¹ É a proporção de verdadeiros positivos entre todos os indivíduos com teste positivo (MEDRONHO, 2005, p.260).

implementação do cuidado de enfermagem qualitativo e conseqüentemente, da eficácia das estratégias frente às situações de risco.

4.2.4.1 Sensibilidade e especificidade das subescalas OAF, OAP e OAA

Efetuuou-se a aferição da sensibilidade e da especificidade a partir dos resultados obtidos tanto na aplicação do questionário HAKEMP90 quanto na avaliação da amostra pelo IAD organizando-os em dois quadros. Em ambos, o índice decrescente obtido no IAD guiou a alocação dos estudantes.

Cabe lembrar que a mediana foi o critério escolhido para o corte dos escores individuais dos estudantes, separando-os em satisfatórios e insatisfatórios. Assim considerou-se como grupo de baixo risco os estudantes que obtiveram a mediana igual ou superior a 0,7 e como grupo de alto risco a mediana inferior a este valor.

Assim foi feito, vez que segundo as recomendações de Kuhl (1988), o resultado das escalas pode ser analisado em conjunto ou separadamente porque as combinações são valiosas para a interpretação da orientação para ação/estado em condições específicas. O autor recomenda aplicar e analisar em conjunto as escalas de orientação para a ação subsequente ao fracasso (OAF) e orientação a ação no planejamento da ação (OAP).

Em atendimento ao preconizado, procedeu-se à combinação entre as subescalas. Inicialmente, a análise conjunta de OAF, OAP e OAA viabilizou a listagem dos estudantes que obtiveram a mesma orientação, ou seja, para ação(A) ou para o estado(E), nas três subescalas. Seguindo os mesmos princípios, realizou-se

outro agrupamento obtendo-se as seguintes combinações OAF / OAP, OAP / OAA e OAF/OAA.

No quadro 22, estão reunidos vinte e quatro estudantes considerados satisfatórios ou de baixo risco (Grupo 1 ou G1). No quadro 23 estão dispostos vinte e dois estudantes que apresentaram maior risco para o desempenho insatisfatório (Grupo 2 ou G2). Ambos demonstram a classificação dos estudantes em ação ou estado por subescala e suas possíveis combinações.

Quadro 22 - Dados comparativos entre IAD e HAKEMP 90 - grupo 1(baixo risco)

INSTRUMENTO HAKEMP 90					OAF+OAP+OAA	OAF+OAP	OAP+OAA	OAF+OAA
ESTUDANTES	OAF	OAP	OAA	IAD				
45	A	A	A	0,97	A	A	A	A
20	E	A	E	0,94				E
19	E	E	E	0,93	E	E	E	E
27	E	E	A	0,93		E		
14	A	A	E	0,9		A		
29	E	A	A	0,9			A	
1	A	A	E	0,89		A		
13	A	E	A	0,89				A
17	A	A	A	0,89	A	A	A	A
2	A	A	E	0,87		A		
24	A	A	E	0,86		A		
35	A	A	A	0,86		A	A	A
6	E	E	E	0,8	E	E	E	E
36	A	A	E	0,8		A		
43	E	E	E	0,8	E	E	E	E
38	A	A	E	0,78		A		
41	A	A	A	0,77	A	A	A	A
25	E	A	A	0,76			A	
11	A	A	E	0,74		A		
39	A	A	E	0,73		A		
4	A	E	E	0,72			E	
9	A	A	E	0,7		A		
30	E	A	A	0,7			A	
40	E	E	E	0,7	E	E	E	E

Quadro 23 - Dados comparativos entre IAD e HAKEMP 90 - grupo 2(alto risco)

INSTRUMENTO HAKEMP 90					OAF+OAP+OAA	OAF+OAP	OAP+OAA	OAF+OAA
ESTUDANTES	OAF	OAP	OAA	IAD				
37	A	E	A	0,69				A
26	A	E	E	0,68			E	
7	E	A	E	0,67				E
8	A	A	E	0,67		A		

15	E	A	E	0,67				E
32	E	E	A	0,67		E		
46	A	E	E	0,67			E	
34	E	E	E	0,65	E	E	E	E
18	E	E	A	0,64		E		
21	E	E	E	0,63	E	E	E	E
44	E	E	E	0,63	E	E	E	E
33	E	A	E	0,62				E
12	A	E	E	0,61			E	
16	E	E	A	0,61		E		
23	E	A	E	0,61				E
42	E	E	E	0,61	E	E	E	E
10	E	E	E	0,59	E	E	E	E
22	E	A	E	0,59				E
31	E	A	A	0,59			A	
3	E	E	E	0,56	E	E	E	E
5	A	A	E	0,54		A		
28	A	E	A	0,53				A

Nota: ver quadro 22 para a informação sobre o critério de classificação de orientação ação/estado na combinação das subescalas

O diagnóstico da orientação (ação e estado) na combinação das subescalas fez-se, levando-se em conta a coincidência ou não das subescalas correspondentes. Assim cabe notar, por exemplo, que o estudante de número 27 foi classificado como tendo orientação para o estado (E) apenas na combinação OAF+OAP, pois apenas nestas duas subescalas houve coincidência nas orientações já nas outras combinações não houve classificação em decorrência da ausência de coincidência nas subescalas que lhe dão origem.

Os resultados demonstrados nos quadros 22 e 23 permitiram a construção das tabelas de contingência que se apresentam a seguir (Tabelas 01, 02 e 03). No que concerne a uma análise inicial, os escores das três subescalas foram calculados separadamente, devido à correlação que guardam com distintos comportamentos caracterizados pela TCA como a preocupação, a hesitação e a concentração, entre outras.

Tabela 01 – Sensibilidade e especificidade das subescalas OAF, OAP e OAA

		Desempenho (Md)		
		M(G2)	B(G1)	Total
OAF	E	12	9	24
	A	10	15	22
	Total	22	24	46
	S =	0,681818	VPRP =	0,625
	E =	0,625	VPRN =	0,681818

		Desempenho (Md)		
		B(G1)	M(G2)	Total
OAP	A	17	10	25
	E	7	12	21
	Total	24	22	46
	S =	0,708333	VPRP =	0,68
	E =	0,636364	VPRN =	0,666667

		Desempenho (Md)		
		B(G1)	M(G2)	Total
OAA	A	9	6	15
	E	15	16	31
	Total	24	22	46
	S =	0,375	VPRP =	0,6
	E =	0,727273	VPRN =	0,516129

A subescala OAF permite identificar a orientação para ação ou estado dos estudantes diante do fracasso acadêmico e a execução eficiente ou não de uma nova tarefa após a experiência. Esta subescala obteve a sensibilidade de 0,68 para a proporção de resultados verdadeiros positivos além de discreta diferença entre os valores obtidos para sensibilidade e especificidade (0,056) e a variação semelhante tanto para o valor preditivo positivo quanto para o negativo.

A subescala OAP possibilita investigar a orientação para a ação ou estado diante do planejamento, a decisão para a ação e a coerência entre a intenção de fazer algo e a realização de fato. Em sua análise, demonstrou índices (S=0,70 e VPP= 0,68) que evidenciaram a capacidade de medida para a predição da condição

de risco. Esses resultados indicaram que OAP é sensível para o diagnóstico dos estudantes em risco para o desempenho insatisfatório relacionado ao planejamento e a implementação das ações de enfermagem preventivas para UP.

A subescala OAA mede o grau em que o individuo pode estar envolvido na atividade sem que a intenção se desvie da a realização. Pode ser concebida como um indicador da motivação intrínseca do estudante na atividade, considerando como foco o alcance da meta. Destaca-se o valor da especificidade ($E = 0,72$) da subescala OAA obtido após análise estatística. A leitura desse índice permite evidenciar a sua indicação quando se deseja detectar a ausência da condição de risco ou, no caso específico do estudo, identificar os estudantes orientados para ação.

A partir dos resultados anteriores partiu-se para a análise combinada das subescalas a fim de subsidiar a escolha do par que se mostrava mais sensível para os indicadores comportamentais investigados. Este tipo de análise foi realizado para se alcançar níveis mais elevados seguindo –se o critério de validade interna e as recomendações do autor (Tabela 02).

Tabela 02 - Sensibilidade e especificidade das subescalas combinadas em pares

		Desempenho (Md)		
		M(G2)	B(G1)	Total
OAF+OAP	E	9	5	14
	A	2	13	15
	Total	11	18	29
		S = 0,818182	VPRP = 0,692308	
		E = 0,764706	VPRN = 0,866667	

		Desempenho (Md)		
		B(G1)	M(G2)	Total
OAP +OAA	A	7	1	8
	E	4	9	13
	Total	11	10	21

	S =	0,636364	VPRP =	0,875
	E =	0,9	VPRN =	0,692308
Desempenho (Md)				
		M(G2)	B(G1)	Total
OAA+OAF	E	11	5	16
	A	2	5	7
	Total	13	10	23
	S =	0,846154	VPRP =	0,6875
	E =	0,5	VPRN =	0,714286

Nota: A classificação como ação / estado nas tabelas combinadas fez-se considerando como sendo orientado para o estado o estudante que foi assim classificado em todas as subescalas de uma combinação específica. O mesmo critério utilizou-se para a orientação para a ação. Ressalta-se portanto que isto significou uma variação do total de alunos conforme a combinação específica vez que nem todos os alunos eram igualmente classificados nas diferentes subescalas.

Tabela 03 - Sensibilidade e especificidade das três subescalas combinadas

Desempenho (Md)				
		B(G1)	M(G2)	Total
OAA + OAP + OAF	A	3	0	3
	E	4	6	10
	Total	7	6	13
	S =	0,428571	VPRP =	1
	E =	1	VPRN =	0,6

Com respeito ao primeiro critério, Nassar (2005, p.45) sugere que valores em torno de 0,80 ou mais sejam desejáveis para que se determine a validade interna do teste, considerando que o valor obtido com a sensibilidade responde a questão prática do número de casos positivos que podem ser identificados por um diagnóstico positivo.

Por outro lado, Kuhl (1985) também recomenda uma análise combinada. Inicialmente os valores das três subescalas devem ser calculados separadamente a

fim de se guardar a relação específica com indicadores comportamentais distintos como a atitude diante do fracasso acadêmico, o planejamento da ação ou a tomada de decisão que podem ser interpretadas a luz da preocupação, da hesitação e da manutenção da concentração.

Segundo o autor, a combinação das três escalas para se obter um valor total não proporciona dados válidos. Kuhl (1985) indica a aplicação das subescalas OAF e OAP, excluindo-se a escala OAA quando esta não for relevante para a situação investigada.

A combinação entre as subescalas OAF e OAP mostrou-se sensível ($S=0,81$; $VPN=0,86$) para a detecção do risco de desempenho relacionado ao modo de agir diante do fracasso, ao planejamento das ações e a tomada de decisão. Analisadas em conjunto, as subescalas OAP e OAA mostraram elevada especificidade ($E=0,90$) para detectar a ausência de risco para o planejamento e a motivação intrínseca na atividade. As subescalas OAA e OAF apresentaram sensibilidade elevada ($S=0,84$) para o diagnóstico dos estudantes em risco para desempenho insatisfatório relacionado ao envolvimento motivacional intrínseco e ao fracasso acadêmico atual e suas repercussões sobre eventos posteriores.

Como é possível perceber, o aumento da sensibilidade e especificidade deu-se com a combinação das escalas. No entanto, a escolha da melhor combinação deve levar em conta algumas considerações. Em primeiro lugar cabe analisar a sensibilidade das subescalas. A sensibilidade identifica bem os estudantes que apresentam alto risco para o desempenho insatisfatório. Neste sentido apresentam-se as combinações OAA+OAF ($S=0,84$) e OAF+OAP ($S=0,81$). A subescala OAF é comum as duas opções. Logo se torna necessário avaliar a combinação mais

pertinente para a avaliação do evento em estudo. A subescala OAA tem enfoque no alcance do objetivo mais especificamente na motivação intrínseca do sujeito para a execução da ação. A subescala OAP possibilita detectar a coerência existente entre a intenção de fazer algo e o planejamento das ações para a sua realização.

Em se tratando de estudantes de enfermagem, parece mais importante a análise da combinação que focaliza o planejamento. É necessário salientar que o êxito do cuidado básico pressupõe o uso de recursos que operam como guias de ação. A aplicação de métodos como o processo de enfermagem implica em etapas que se iniciam com o primeiro contato entre o enfermeiro e o cliente e se seguem até o alcance dos objetivos do mesmo (Leopardi, 2005). Torna-se necessário acrescentar que princípios e instrumentos tornam viável a sua aplicação.

No caso dos estudantes analisados, a combinação proposta oferece uma interpretação valiosa que pode ser levada a prática, uma vez que é possível usar este conhecimento para a compreensão do modo de agir em domínios específicos.

Na combinação das escalas OAF e OAP, encontram-se o número total de vinte e nove estudantes. O grupo de baixo risco (G1) está representado por dezoito estudantes entre os quais treze foram classificados segundo os padrões da orientação para a ação (72,2%) e cinco para o estado (27,8%). A análise também demonstra que onze estudantes compõem o grupo de risco e destes, nove atendem as características da orientação para o estado (81,8%) e apenas dois são orientados para a ação (18,2%).

Segundo as definições apresentadas (KUHLMAN, 1988; FLETCHER, 2003; MEDRONHO, 2005; NASSAR, 2005) verifica-se no conjunto dos dados de OAF e OAP que a sensibilidade (0,81) expressa a sensibilidade de ocorrências positivas

identificadas corretamente em ambos os grupos. A avaliação se complementa com a apresentação do valor preditivo negativo (0,86), uma vez que quanto mais sensível for o teste maior será o valor preditivo negativo, ou seja, a quase garantia de que a condição investigada está ausente. Portanto, ao se aplicar estas subescalas, é relevante a probabilidade de se diagnosticar estudantes que apresentam situação de risco para desempenho insatisfatório. Tal aproximação é adequada para a identificação dos respectivos indicadores comportamentais entre os estudantes orientados para o estado.

Considerou-se que o modo de agir do estudante diante do fracasso acadêmico e o planejamento das ações expressos nos resultados da análise das subescalas OAF/OAP são dimensões fundamentais para a aprendizagem da implementação do cuidados de Enfermagem tanto em situações gerais quanto em situações específicas. A escolha dessa combinação permite o aprofundamento da investigação do questionário HAKEMP 90 como recurso diagnóstico por tratar de elementos essenciais para a formação do enfermeiro que cuida com qualidade e integralidade.

A organização dos dados para a determinação da sensibilidade e da especificidade das subescalas OAF e OAP possibilitou a delimitação do grupo de estudantes de alto risco para o desempenho insatisfatório na implementação dos cuidados de enfermagem para a prevenção das UP. As subescalas OAF e OAP tratam da orientação dos estudantes segundo o modo de agir diante do fracasso e no planejamento da ação, respectivamente.

Para a construção do IAD considerou-se um conjunto de enunciados que descreviam atitudes desejadas e características essenciais para a implementação

eficiente dos cuidados preventivos para UP nos clientes hospitalizados. Assim, os enunciados foram se definindo segundo a sua pertinência para expressar as ações necessárias para a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação para prognóstico. O quadro a seguir apresenta os itens que concentraram os maiores índices de avaliação insatisfatória de acordo com tais atitudes e características (Quadro 24).

Quadro 24 – Desempenho dos estudantes orientados para o estado segundo o IAD

	Assertivas	E3	E10	E16	E18	E21	E32	E34	E42	E44	%
1- Obtém dados sobre o cliente, através da entrevista e/ou exame físico, respeitando a sua individualidade e utilizando uma comunicação verbal e não verbal em nível de compreensão do indivíduo.	I	I	I	S	S	S	I	I	I	I	67
2- Identifica os problemas do cliente relacionados a integridade da pele que precisam de atendimento de enfermagem e os relaciona com os dados levantados.	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	88,8
3 - Planeja as ações de enfermagem a partir da análise dos problemas identificados, visando o atendimento dos mesmos.	I	S	I	I	I	S	S	I	I	I	67
4 - Estabelece prioridades no atendimento as necessidades do cliente.	I	I	I	S	I	S	I	I	I	I	78
5-Organiza o material e o ambiente necessário à execução dos procedimentos.	I	I	I	I	I	I	I	S	I	I	88,8
6- Executa os procedimentos aplicando os princípios científicos envolvidos e demonstrando habilidade na execução.	I	S	S	S	S	I	S	S	S	S	22,2
7- Avalia as ações de enfermagem a partir do resultado obtido pelo cliente.	S	I	I	I	S	S	S	S	I	I	44,4
8- Relata de modo sintético e descritivo a situação do paciente, utilizando terminologia científica.	I	I	I	I	I	S	PS	S	I	I	67
9- Planeja as ações educativas com pertinência ao conteúdo específico a ser ensinado.	I	S	I	S	PS	I	I	S	S	S	44,4
10 – Identifica o grau de conhecimento do cliente e/ou família em relação à doença ou tratamento.	I	S	S	S	I	S	I	S	I	I	44,4
11- Realiza as atividades assistenciais demonstrando interesse pelos problemas dos pacientes.	I	I	S	I	S	S	I	S	PS	I	44,4
12- Mantém a atenção, concentração e interesse na execução das atividades propostas.	S	I	S	I	S	I	S	S	I	I	44,4
13- Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstâncias diferentes sem perder o foco da situação	I	I	S	I	I	I	I	S	I	I	78
14- É capaz de identificar as próprias dificuldades.	S	S	S	S	PS	S	I	S	S	S	11,1
15 – Preocupa-se em aprimorar conhecimento, habilidade e atitude a fim de tornar-se mais competente.	I	S	I	S	I	I	PS	S	S	S	44,4
16- Realiza as atividades de estudo programadas.	I	S	I	S	I	S	S	S	I	I	44,4
17- Procura espontaneamente ampliar os seus conhecimentos.	I	I	S	I	I	S	S	S	I	I	55,5

18-Tendem a apresentar emoções predominantemente positivas nas situações de fracasso.	I	S	S	S	I	S	S	S	I	33,3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------

O quadro 24 demonstra o desempenho de cada um dos nove estudantes orientados para o estado (E3, E10, E16, E18, E21, E32, E34, E42 e E44) segundo os registros do IAD e as assertivas que representam percentualmente o desempenho insatisfatório do grupo de risco (1,2,3,4,5,8, 13 e 17).

Essas assertivas tratam da metodologia da assistência de enfermagem e trazem a discussão alguns princípios e instrumentos básicos como o planejamento, a comunicação, a coleta de dados, a organização, a documentação, a adaptação, a concentração e a priorização, essenciais para os cuidados preventivos para as UP. A ausência destes componentes no estudante orientado para o estado, em maior ou menor grau, traz importantes implicações para a aprendizagem e para a implementação do cuidado de enfermagem.

Assim é que a escolha das subescalas OAF e OAP leva em conta os estudantes de alto risco para o desempenho insatisfatório. Por outro lado, ressalta-se que seria um erro não valorizar os achados relativos aos estudantes com baixo risco. Eles não devem ser excluídos do porque são os melhores. Identificá-los permitiria utilizar estratégias específicas em função das próprias características operando em níveis cognitivos mais elevados.

4.2.4.4.1 As implicações da orientação para a ação ou estado e o desempenho do estudante para o planejamento do cuidado de enfermagem preventivo para UP

A capacidade da Escala do Controle da Ação (questionário HAKEMP 90) em prever o desempenho insatisfatório na implementação dos cuidados de enfermagem para as UP pode ser demonstrada a partir da análise dos itens 1, 2, 3, 4, 5, 8, 13 e 17 (Quadro 24) como indicadores de risco. O índice de cada item expressa a avaliação das habilidades e competências essenciais, do uso dos instrumentos básicos para cuidar e a da aplicação das fases da metodologia assistencial no planejamento e na implementação dos cuidados fundamentais de enfermagem para prevenção das UP.

Para aprender a cuidar é vital que o estudante compreenda e empregue a metodologia da assistência tanto na totalidade do processo quanto na especificidade das etapas. No entanto, durante o período de formação, as competências, conteúdos e conhecimento técnico oferecidos ao estudante talvez não estejam efetivamente estruturados para o pensamento crítico e o julgamento clínico, em especial para atender a questões tão específicas quanto à prevenção das UP. Desse modo, recomenda-se que no ensino da arte de cuidar sejam empregados métodos baseados em teorias, conceitos ou modelos teóricos consoantes com cuidado holístico.

Na prática, o processo de enfermagem é uma das bases para o desenvolvimento do pensamento crítico e para a resolução de problemas inerentes à função da enfermeira. Segundo Iyer (1993, p.10) esse processo organiza-se em cinco fases dinâmicas e inter-relacionadas, a saber, o histórico, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação.

A etapa de coleta de dados conduz à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, os achados são analisados e interpretados pelo estudante. A tomada de decisão sobrevém baseada nas evidências e assim se dá a organização do plano de cuidados. Tal sistematização oportuniza o aprendizado do pensamento crítico e a aquisição de competências cognitivas na área clínica para o diagnóstico de enfermagem, sendo este momento relevante para o planejamento das ações.

A exemplo do que acontece no PCI VII, a dinâmica do ambiente hospitalar propicia a interação entre estudante, professor, equipe e cliente e requer que o pensar e o agir do estudante sejam coerentes com o dinamismo da cena. Os estudantes são apresentados à pessoa hospitalizada como centro de interesse da enfermagem, para o atendimento das necessidades emergentes da doença e da hospitalização. Assim ocorre a aproximação entre a teoria e a prática para o ensino da arte de cuidar desse cliente. Tal aproximação permite ao estudante aprender a atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões e fases evolutivas.

No âmbito do estudo, se constrói a interseção entre a auto-regulação e o cuidado de enfermagem realizado por estudantes no ambiente hospitalar. A responsabilidade de cuidar integralmente dos clientes hospitalizados requer que eles aprendam a lidar com situações distintas e dinâmicas. Nesse contexto, as mudanças clínicas e os procedimentos imprevistos implicam em decisões imediatas e planejamento de ações adequadas à situação e, se isso não acontece, termina por comprometer a eficácia do cuidado de enfermagem. Essa questão complexa pode ser analisada em várias vertentes, inclusive pelo controle da ação.

As concepções teóricas aqui esboçadas consideram que a aproximação entre a orientação para ação ou estado e o cuidado fundamental de enfermagem se dá através da análise crítica e reflexiva dos componentes da ação, da identificação dos elementos distratores e da avaliação da assistência prestada quanto aos princípios que norteiam o cuidado essencial. Além disso, o controle da ação oferece alternativas para corrigir comportamentos de risco para o desempenho insatisfatório em ambientes de aprendizagem. Assim, esse processo aponta implicações para o desempenho dos estudantes como a auto-avaliação e o uso de estratégias para a autocorreção no que se refere aos saberes e as práticas necessárias para a formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional como a implementação do cuidado de enfermagem holístico e seguro.

Primeiramente, cabe ressaltar que o planejamento do cuidado se constitui como uma tarefa difícil para os estudantes orientados para o estado por tratar de uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais para a sua consecução. Para a maioria dos estudantes os aspectos teóricos do processo de cuidar em enfermagem, a aplicação de recursos tecnológicos, procedimentos técnicos e educativos ainda estão muito incipientes.

No estudo, a análise do desempenho do grupo de risco na etapa de construção do histórico evidenciou a coleta de dados superficial e incoerente em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento das UP, como se percebe nos itens 1, 2 e 3. Ressalta-se aqui o item 2 do quadro 24, onde os estudantes orientados para o estado não foram capazes de identificar corretamente os problemas relativos à integridade da pele com base na história do cliente e no exame físico. Tal fato foi evidenciado pelo uso inadequado das técnicas de entrevista e exame físico,

principalmente a inspeção e a palpação da pele, assim como pela descrição incipiente dos achados quanto à classificação das lesões primárias ou secundárias.

Por conseguinte, ainda se tratando do planejamento, a análise do item 4 mostra que os estudantes orientados para o estado apresentaram dificuldades em priorizar a prescrição do cuidado preventivo para UP segundo as evidências e as necessidades dos clientes. Os maiores indicadores deste risco apontaram para a desorganização e incoerência na priorização. Os itens 1, 3 e 5 fazem a interface com o que aqui se descreve. Na medida em que a relação entre as evidências da lesão e as causas predisponentes revelou-se mais frágil houve o prejuízo para a identificação dos fatores de risco para as UP, para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem e para a prescrição dos cuidados preventivos.

A maioria dos estudantes do grupo orientado para o estado não estabeleceu relações consistentes entre a pele íntegra e os fatores predisponentes internos e externos, não sendo percebida como um diagnóstico de risco para UP. Neste sentido, se percebe que o estudante que não realiza o diagnóstico de enfermagem com atenção deixa de documentar informações importantes sobre o paciente. Conseqüentemente, o estudante tende a menosprezar o significado da coleta de dados para a construção do diagnóstico, as suas interpretações e a avaliação dos cuidados prestados.

Os estudantes deveriam ter ampliado a coleta de dados, valorizado da comunicação humana tanto para reunir informações quanto para oferecer orientações relacionadas ao processo saúde – doença. Estudantes que usam o processo de enfermagem passam a interagir mais com os clientes a fim de conhecer a sua história. Além disso, possuem maior capacidade de avaliar a qualidade do cuidado

prestado, pois se preocupam com a manutenção da continuidade para detectar as mudanças de estado e estar apto para interferir quando necessário.

Uma outra questão trata da implementação do cuidado de enfermagem quando decorre em aplicar realmente os saberes adquiridos nas atividades teóricas e práticas. É importante entender que o planejamento do cuidado de enfermagem implica em saber e fazer e essa dicotomia, potencializada por distrações, possibilita uma série de atitudes preocupadas ou hesitantes que interferem na ação concreta e que podem ser analisadas pela TCA.

Assim, a análise dos itens 5 e 13 permitiu avaliar que foram os estudantes orientados para o estado que mostraram desempenho insatisfatório ao perder o foco da situação tanto na organização do ambiente quanto na flexibilidade e adaptação. Um exemplo que ilustra essa questão se dá quando o professor solicita ao estudante que organize o material necessário para o curativo e a sua única experiência com o procedimento foi a demonstração da técnica realizada no laboratório. Neste momento o estudante reúne as informações para resolver o problema, busca no conteúdo conceitual e na observação os elementos necessários para atender a solicitação, porém é previsível que ocorra certo grau de hesitação na ação de organizar o que lhe foi pedido.

Ainda mais, o pensamento desorganizado também implica em prejuízo na qualidade da documentação e no detalhamento do cuidado implementado. Nota-se a inadequação do grupo em tela no que se refere ao item 8, quando se mostraram prolixos e afastados do jargão científico. Nesse caso, recomenda-se que o estudante use a estratégia auto - reguladora chamada atenção seletiva para auxiliá-lo a focalizar as informações relevantes e estabelecer as prioridades para agir em

consonância com as necessidades afetadas. A atenção seletiva é a seleção do que deve ou não receber a atenção prioritariamente naquele momento, há o afastamento intencional dos elementos que causam distração e desvio do seu objetivo.

Para prestar os cuidados de enfermagem adequados as necessidades apresentadas pelo cliente, pela família e pelos diferentes grupos sociais, procura-se integrar conhecimentos mais gerais e mais simples de enfermagem ao longo da formação profissional do estudante. Nessa lógica, o uso de princípios e instrumentos básicos como a observação e a comunicação, entre outros, deve ser ativado nos estudantes, em especial nos orientados para o estado, objetivando sensibilizá-los para o cuidado de enfermagem integral como foco principal da sua atuação. Observa-se que os estudantes orientados para a ação aplicam mais a metodologia assistencial e aprendem a interagir com os clientes, a buscar a implementação do cuidado integral e a avaliar a qualidade da assistência prestada continuamente.

Por outro lado, os sentimentos dos estudantes do grupo de risco e as suas reações afetivas também foram considerados interferentes no foco do processo de aprender a cuidar e prevenir UP. Portanto, compreende-se que aprender a cuidar é um processo vincular que se estabelece entre professores, estudantes e clientes e leva em conta a subjetividade e a pluralidade dos sentimentos que orbitam ao redor do cliente hospitalizado. Assim é que o cuidado de enfermagem é concebido como produto de uma relação, é uma atividade que transcende o ambiente físico e abrange as emoções, a dor e o sofrimento humano.

Desse vínculo, insurgem as reações afetivas que podem interferir tanto nos estados fisiológicos quanto nos estados psicológicos dos estudantes, sendo mais freqüente o afastamento da atividade inicial. Aqui se destaca novamente o item 13

(quadro 24) que se apresenta como fator deletério para o aprendizado do cuidado de enfermagem porque na medida em que o estudante demonstra ser incapaz de controlar as emoções fica à mercê dos distratores que desviam o foco da atenção para outros eventos mais positivos.

Assim, quer na sua natureza quer na sua qualidade, a orientação para ação ou estado auxilia mais uma vez o entendimento sobre o uso das estratégias definidas por Kuhl (1996 p. 684). O controle da emoção (*emotion control*) trata desta questão e se refere às emoções positivas como facilitadoras do início, da manutenção e da finalização das ações. Cabe ressaltar que a capacidade de afastar-se ou evitar as emoções negativas não significa o afastamento do componente emocional do cuidado. Desse modo, o estudante selecionará tarefas e estratégias de ação que, poderão ser executadas por ele e abandonará outros objetivos ou cursos de ação que representam as emoções negativas.

Outro importante indicador da orientação para a ação é o investimento de esforço e o uso de habilidades para adquiri-lo. Ainda mais, pessoas que assumem a aprendizagem ativa aceitam o fracasso e aprendem com ele. Já os alunos de risco não o fazem como se percebe no quadro 23, item 17. Na sua grande maioria mostraram-se meramente reativos na busca do conhecimento. Sobre esse aspecto, aqui se destaca a pertinência da auto-regulação como recurso ativo para ensinar a arte de cuidar durante as atividades no campo prático.

Um estudante orientado para o estado é mais reativo aos estímulos originados externamente. Por outro lado, as teorias da ativação consideram que o ser humano busca em si a origem das próprias ações. Portanto, é possível afirmar que o

início de uma ação pode ser influenciado tanto por motivadores internos quanto pelas características extrínsecas da atividade proposta.

Considera-se que múltiplos fatores interferem no desempenho do estudante incorrendo no sucesso ou fracasso acadêmicos. Inúmeras condições internas podem afetar o desempenho, entre elas, destacam-se as crenças cognitivas, as distrações do pensamento, o envolvimento nas atividades agradáveis ou as experiências negativas. Por outro lado, as condições externas influenciam a concentração do estudante e podem ter origem no ambiente excessivamente ruidoso, no fluxo de pessoas e nas condições naturais como o calor ou frio. Ainda mais, a importância atribuída à opinião de terceiros e as recompensas se incluem nessa descrição.

A orientação motivacional também se expressa como interferente no desempenho dos estudantes, ou seja, nos motivos que os conduzem a ações específicas como aprender a prevenir UP, pela aquisição de informação, pela importância para o cliente e pela qualidade da assistência prestada. Os estudantes orientados para a ação têm objetivos definidos quanto ao aprendizado predominantemente por motivadores intrínsecos e se tornam mais ativos para as estratégias de aprendizagem adequadas as suas dificuldades.

Assim, conclui-se que uns estudantes se movem pelo desejo de saber e pelo interesse por aprender, outros estão orientados para a execução de metas extrínsecas como a obtenção de notas, recompensas e aprovação dos pais e professores. Cabe ressaltar que o estudante pode demonstrar a orientação para o estado por não estar motivado pelo ambiente hospitalar, seja por falta de adaptação, pelo uso menor de estratégias de gestão do ambiente ou por preferir outros campos

de atuação. Isto leva a refletir que, na busca pela qualidade do cuidado, a relação entre desempenho e resultado pode ser afetada por tendências motivacionais, intenções e distrações internas e/ou externas.

A identificação das distrações a partir da prática reflexiva auxilia o estudante a decidir-se pelo uso de estratégias mais adequadas e a evitar atitudes hesitantes ou rotineiras. Cabe ressaltar que, no ensino do cuidado de enfermagem fundamental, a atenção do estudante deve focalizar as necessidades do cliente a fim de proporcionar um cuidado integral desde a internação até a alta hospitalar, e não apenas olhar os aspectos biológicos ou patológicos.

O ensino da arte de cuidar deve mostrar ao estudante que a sensibilidade é um elemento essencial ao propor um plano terapêutico através da prescrição dos cuidados diretos, das medidas preventivas e das ações educativas orientadas para atender a essência do cuidado de enfermagem.

È, sem dúvida alguma, a partir da valorização da singeleza dos cuidados básicos de enfermagem que deve - se reconhecer o universo de ações possíveis para a restauração do bem-estar do cliente. Isto inclui o uso das estratégias pedagógicas que aglutinam diferentes saberes e práticas, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem.

Dessa forma, a atenção à saúde, o julgamento clínico, a tomada de decisão, o planejamento e a implementação das ações preventivas para UP no cenário hospitalar se consolidam nos pressupostos construídos nos campos de saber dos fundamentos de enfermagem e do controle da ação. Esses aspectos são relevantes para a formação do estudante e pressupõem uma análise intencional dos

elementos que interferem na realização das tarefas acadêmicas e no desempenho discente.

Conclusão

Esta tese tratou da identificação do risco para o desempenho insatisfatório em estudantes de enfermagem na implementação de cuidados preventivos para úlceras de pressão sob a ótica do controle da ação. Ressalta-se a singularidade do cuidado de enfermagem fundamental ético, seguro e holístico prestado ao cliente hospitalizado tendo em vista a prevenção das úlceras de pressão. Estas lesões são previsíveis, porém apresentam sua evolução rápida e silenciosa e demandam de uma avaliação atenta do enfermeiro tanto para a elaboração do planejamento do cuidado de enfermagem quanto para colaborar com o olhar interdisciplinar.

O estudo aponta reflexões sobre o modo de agir do estudante de enfermagem no que se refere à implementação de cuidados básicos, no caso, a prevenção das úlceras por pressão. Enfatiza a importância do reconhecimento das condições que afetam a aprendizagem, da estruturação do pensamento crítico e da tomada de decisão baseada em princípios que permitam consolidar a expressão da arte de cuidar e a significação de conceitos seminais que alicerçam o cuidado fundamental de enfermagem.

O principal objetivo foi verificar a pertinência da Teoria do Controle da Ação (TCA) na identificação precoce de estudantes de enfermagem com alto-risco para desempenho insatisfatório na implementação de cuidados fundamentais de enfermagem para a prevenção das UP.

A TCA se configura como uma teoria de ativação que ressalta o papel mediador de volição entre a intenção e a ação realizada. Permite identificar em um dado indivíduo sua orientação para ação ou estado. Prescreve estratégias auto – reguladoras que permitem ao indivíduo monitorar a atenção, a concentração e a realização das tarefas.

Portanto, como um alerta para a formação do enfermeiro consciente, ativo e atento quanto à amplitude dos cuidados de enfermagem fundamental, partiu-se para a investigação seguindo quatro caminhos integrados entre si. Os participantes do estudo foram estudantes de enfermagem e o cenário, um hospital de ensino.

Primeiramente, foi estruturado um instrumento (IAD) cujo objetivo era avaliar os elementos essenciais que devem estar presentes nos estudantes de enfermagem para o planejamento e a implementação das medidas preventivas para as UP. A aplicação do IAD permitiu a distribuição dos estudantes em dois grupos, segundo o desempenho satisfatório ou insatisfatório na situação investigada.

Em seguida, o questionário HAKEMP 90 classificou os estudantes em orientados para a ação ou para o estado. Isso possibilitou a etapa de comparação dos instrumentos, IAD e HAKEMP 90, para a identificação dos estudantes segundo o risco para desempenho insatisfatório. Houve uma boa relação entre os instrumentos, o que foi evidenciado pela sensibilidade e especificidade na análise.

Com esses resultados pode-se concluir que os dados comparados mostraram que o instrumento HAKEMP 90 permite a predição de risco para o desempenho insatisfatório. Em particular, neste grupo de estudantes de enfermagem, a combinação que proporcionou a melhor forma de aplicação foi entre as subescalas OAF e OAP que tratam respectivamente das ações subsequentes ao fracasso acadêmico e no planejamento.

Ainda mais, foi possível observar que os alunos com desempenho insatisfatório nas suas tarefas habituais apresentavam posturas profissionais muito semelhantes às descritas na TCA como presentes na orientação para o estado. Neste sentido então, reforça-se, pela identidade observada entre a TCA e a atitude do

enfermeiro a conclusão da presente tese ao afirmar a possibilidade do seu uso como recurso auxiliar ao processo pedagógico.

Assim sendo, recomenda-se que o questionário HAKEMP 90 seja aplicado no início do curso levando-se em conta que é importante propiciar a implementação de intervenções pedagógicas específicas para ambos os estilos de orientação. Para que isso ocorra, os professores deverão procurar uma aproximação com os argumentos teóricos do controle da ação, incorporá-los ao planejamento das atividades de ensino e investir na construção da aprendizagem ativa. Convém destacar que a evolução das intervenções pedagógicas está centrada na idéia da atenção individualizada, na prevenção do desempenho insatisfatório e das dificuldades que os estudantes apresentam no curso das suas ações.

Algumas estratégias poderão ser desenvolvidas para identificar o tipo de orientação motivacional que está presente no estudante. A primeira medida a ser implementada pelo professor é interagir com os estudantes e com o contexto da ação. Para tanto, cabe saber quem são os estudantes, como percebem o ambiente social em que vivem e quais são os seus objetivos. Tais informações poderão identificar tanto as características individuais quanto às do grupo.

Uma outra estratégia trata de relacionar as expectativas dos estudantes com as diretrizes do curso ministrado. Deve-se explicar a amplitude do significado social da profissão e estabelecer a integração entre a teoria, a prática e as áreas de atuação. Além disso, é relevante situar os objetivos da disciplina, no caso PCI VI, no contexto do curso. Desse modo, destaca-se a participação ativa dos sujeitos na

composição do cuidado de enfermagem ético, seguro e responsável, pois este mostra com clareza o marco fundamental no ato de assistir ao cliente.

O atendimento das necessidades do estudante valoriza o desejo de aprender. Sugere-se que o professor disponibilize um espaço no planejamento da disciplina, para o diagnóstico das dificuldades individuais e coletivas e para trabalhar estratégias de aprendizagem adequadas as características individuais.

O professor deve considerar as reais possibilidades do grupo de alunos sob sua orientação, inclusive as nuances da realidade, as limitações ou avanços da estrutura social, da situação econômica, política ou institucional. O desenvolvimento do trabalho em campo, principalmente no que se refere aos cuidados preventivos para UP, deve privilegiar as ações em qualquer nível de atuação e que incorporem a prática singular de assistir à pessoa, a família e ao grupo social em cenários diferenciados.

O professor deve reunir elementos para identificar as variadas motivações que o estudante demonstra, ajudando-o a relacioná-las aos seus próprios objetivos e também reconhecer as dificuldades que apresenta para aprender. Nesse sentido, recomenda-se conversar com os estudantes a respeito de suas habilidades, avanços e dificuldades, orientando-os no sentido de superá-las. As estratégias utilizadas para este fim deverão valorizar os pensamentos e sentimento do estudante quanto à essência do cuidado.

Aprender a cuidar também consiste em aprender a produzir mudanças na própria estrutura cognitiva. Tal processo demanda percepção, reflexão, motivo e emoção, características que propiciam ao estudante a reflexão sobre o

desenvolvimento das capacidades, da habilidade e do reconhecimento das dificuldades que interferem na aquisição do conhecimento.

Como proposta de trabalhos futuros que venham a dar continuidade a investigação das questões aqui apresentadas, acredita-se ser relevante elaborar um protocolo que demonstre o uso de ferramentas para os docentes e estratégias de aprendizagem para a obtenção dos resultados satisfatórios nas atividades acadêmicas. Assim sendo, de forma coordenada e organizada, poderão ser incluídas ações que favoreçam:

- A ativação de recursos que possibilitem obter os resultados planejados como o uso de técnicas de estudos eficientes e a organização do tempo de acordo com as diversas situações (cursos, concursos, entrevistas, etc...);
- A adoção de estratégias cognitivas, das orientações motivacionais e da auto – regulação tanto;
- Estratégias para a busca da manutenção da atenção e da concentração, afastando os distratores presentes nos ambientes interno e externo e assim realizar as tarefas acadêmicas no ambiente hospitalar com o maior envolvimento possível;
- Expressar as idéias e ampliar habilidade de comunicação entre outros instrumentos básicos;
- A organização, a seleção e a relação das informações constituindo-se uma rede de conhecimento que promova a sistematização da assistência individualizada e integral;

- A descoberta das motivações que existem dentro de cada um e a compreensão da motivação como um componente da aprendizagem que valoriza a atividade realizada no contexto hospitalar e o significado do cuidado de enfermagem para o estudante em formação;
- O aluno a adquirir êxito e confiança no dia a dia e revelar as suas aptidões nos diversos campos de atuação profissional;
- O tratamento individual das necessidades, dos interesses e a orientação adequada dos estudantes de enfermagem;
- A otimização das situações de aprendizagem e dos conteúdos propostos aos estudantes levando-se em conta os diversos fatores que estão presentes, além de permitir o contato com a realidade;

Os resultados apresentados, associados às leituras e experiência docente da autora, fundamentam a sua crença de que é possível modificar o desempenho, aumentar a capacidade de aprendizagem e desenvolver a autonomia dos estudantes através da adoção de medidas que atendam aos nos novos desafios da formação e da qualificação.

A análise e a discussão dos resultados aqui construídos confirmam a pertinência do uso do controle da ação como ferramenta para a detecção do risco para o desempenho insatisfatório e apontam para um curso de ações possíveis para corrigir as situações de insucesso e dificuldades de aprendizagem dos estudantes de enfermagem.

As implicações do uso da TCA para o processo de aprender o cuidado de enfermagem ressaltam a necessidade de desenvolver competências técnicas e científicas nos estudantes, no sentido de torná-los capazes de agir com base na totalidade, afastando-os da fragmentação do cuidado.

Referências

ADANEZ, G. P.. Procedimientos de construcción y análise de tests psicométricos. Em: S. M. Wechsler & R. S. L. Guzzo (Orgs.), Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional (pp. 57-100). São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999.

ALFARO - LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. Tradução de Ana Maria Vasconcelos Thorel. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 281p.

ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. S. Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1989.127p.

ALVIN, N. A. T.; BAPTISTA, S.S.; BARREIRA, I. A.; ALMEIDA FILHO, A. J. A trajetória das áreas de conhecimento de um departamento de enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v.3,n.2 , p. 34- 39. 1999.

AMES, C. Classrooms: Goals, structures, and student motivational. Journal of Educational Psychology, 84, P. 261-271. 1992.

AMES, C & ARCHER, J. Achievement goals in the classroom; students' learning strategies and motivation processes. Journal of Educational Psychology, 80, P. 260-267. 1988.

ANSEMI, M.L, PEDUZZI, M & JUNIOR, F.I. Estudo da incidência de úlcera de pressão segundo cuidado de enfermagem. Formação, Ministério da Saúde, v.3, n.7, p. 57-72, 2003.

ATKINSON, L.D & MURRAY, M. E. Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1989. 618 p.

BALANCHO, M. J & COELHO, F. M. Educação hoje - Motivar os Alunos. Criatividade na relação pedagógica: conceitos e práticas. 2ª ed. Lisboa: Texto Editora, 1996. 96p.

BANDURA, A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. Setembro, n. 44, v.9, p. 1175-1184, 1989.

BAQUERO, G. Testes psicométricos e projetivos: esquemas para construção, análise e avaliação. São Paulo: Edições Loyola. 1968. 233p.

BARBERÁ, E.H. Modelos explicativos en la psicología de la motivación. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol.5 Nº 10. Universidade de Valencia. Espanha. Disponível na Internet em <http://reme.uji.es>. Consultado em 20/10/2005 .

BARBERÁ, E.H. & MATEOS, P. Investigación sobre psicología de la motivación en las universidades españolas. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol.5 Nº10 Universidade de Valencia. Espanha. Dezembro. 2000. Disponível na Internet [.http://reme.uji.es](http://reme.uji.es). Consultado em 20/10/2005.

BERGSTROM, N; BRADEN, B; LAGUZZA.A, HOLMANN,V. The Braden Scale for predicting pressure score risk. *Nursing Research*, v.36, n.4, p.205-210, 1987.

BERGSTROM,N; ALLMAN,RM; CARLSON,CE, et al. Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. Clinical Practice Guideline. Quick reference Guide for Clinicians, nº 3. Rockville, MD: US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication nº 92-0050, May 1992.

BLUMENFELD , P. C. Classroom learning and motivation: clarifying and expanding goal theory. *Journal of Educational Psychology*, 84(3), P. 272-281. 1992.

BERGSTROM, N. et al. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research*, v.36, n. 4, p.205-210, July/Aug. 1987.

BRADEN, B., BERGSTROM, N. A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sore. *Rehabilitation Nursing*, v.12, n.1, p.8-12, Jan./Feb. 1987.

BRYANT, R. A. *Acute chronic wounds: nursing management*. St. Louis: Mosby - Year Book, 1992a.

BRYANT, R. A. *Pressure ulcers. Acute chronic wounds: nursing management*. St. Louis: Mosby - Year Book, Cap. 5, p. 105 – 159, 1992b.

BRYANT, R. A, et al. *Pressure ulcers*. In: BRYANT, R. A., *Acute chronic wounds: nursing management*. St. Louis: Mosby - Year Book, 1992. Cap. 5, p. 105 – 159.

BRISLIN, R. W. *Backtranslation for Cross Cultural Research*. *Journal of Cross Cultural Psychology*, n.1, p.185- 216. 1970.

CACCAVO, P. V. & CARVALHO, V. *A Arte da Enfermagem: efêmera, graciosa e perene*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/(UFRJ). 2003. 196 p.

CAMPEDELLI, M. C., GAIDZINSKI, R. R. *Escara: problema na hospitalização*. São Paulo: Ática. 1987.

COUCEIRO. F.A. P. *Metacognição e seus contornos*. *Revista Iberoamericana de Educación* .1681-5653. Universidade de Coimbra, Portugal. 2000.

CARVALHO, V. *Enfermagem fundamental – predicativos e implicações*. *Rev Latino-am Enfermagem* setembro-outubro; n.11(5), p.664-71. 2003

CARVALHO, V. *Caring, researching and teaching: meanings and implications of nursing practice*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, 2004.

CARVALHO, V & CASTRO, I.B. *Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental: um ponto de vista*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n.38,v. 1, p.76-86,janeiro-março, 1985.

CASTELO BRANCO, E. M S. Construção da Escala motivacional de atitude: proposta para a elaboração e aplicação em estudantes de enfermagem. Rio de Janeiro. 2000. Dissertação de Mestrado em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde – Núcleo de Tecnologia Educacional para as Ciências da Saúde – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

CARRETERO, M. Construtivismo e Educação. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas. 1997.98p.

CASTRO, A.A. Planejamento de pesquisa. São Paulo. 2001. Disponível na Internet em [http// www.metodologia. org](http://www.metodologia.org). Consulta realizada em 10/11/2005.

COLL, C., PALACIOS, J. e MARCHESI, A. Organizadores. Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia da educação. V.2. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996, 460 p.

COSTA, I.G. Incidência de úlcera de pressão e fatores de risco relacionados em pacientes de um centro de terapia intensiva. Ribeirão Preto, 2003, 133 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

DECLAIR,V. Aplicação de triglicerídeos de cadeia média (TCM) na prevenção de úlcera de decúbito. Revista Brasileira de Enfermagem. V.47, n.1, p. 27-30, 1994.

DEALEY C. Cuidando de Feridas – Um guia para enfermeiras. 2º ed, São Paulo: Atheneu, 2001.

DIEFFENDORF, J.M., HALL, R.J., LORD R.G., STREAN, M.L. Action-State Orientation: Construct Validity of a Revised Measure and Its Relationship to Work-Related Variables. *Journal of Applied Psychology*, n.85, p. 250-263, 2000.

DWECK, C.S.; LEGGETT, E. A social-cognitive approach to motivation and personality. [Psychological Review](#). 95(2), 256 – 273. 1988.

ENTWISTLE, N. O ensino e a qualidade da aprendizagem no ensino superior. *Análise Psicológica*, Série 5, 1, 141-153. 1986.

ERTHAL, T.C. Manual de Psicometria. 3ª edição. Editora Zahar. Rio de Janeiro, 1996. 136p.

FLAVELL J. H. Metacognitive aspects of problem solving. In L. B. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 231-235). Hillsdale, N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates. 1976

FERNANDES, L.M. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados uma revisão integrativa da literatura. São Paulo. Ribeirão Preto. 2000. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, 2000.

FERNANDES LM. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados uma revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto: Tese Mestrado USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-092213>

FERREIRA, A.B.H. Novo Aurélio do Século XXI: o dicionário de língua portuguesa/ Aurélio Buarque de Holanda Ferreira. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed Nova Fronteira, 1999. 2128 p.

FERREIRA , M. C. M. Alguns factores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. *Educação , ciência e tecnologia*. 150 – 173

FLETCHER,R.H, FLETCHER, S.W & WAGNER. E.H. *Epidemiologia clínica; bases científicas da conduta médica*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1989, 312p.

GEOVANINI, T, JUNIOR, A. G de O. & PALERMO, T. C. da S. *Manual de Curativos*. 3ª ed. São Paulo: Corpus. 2007. 159p.

GEORGE, J. B. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000. 338p.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas. 1999, 206p.

GRAÇA, L. & HENRIQUES, A. ISABEL (2000). Irmãos e irmãs da caridade: os primórdios da enfermagem na Europa. Textos sobre a história da enfermagem. . (67-75) www.ensp.unl.pt. Em 13 de julho de 2006

HECKHAUSEN, H., & KUHL, J. From wishes to action: The dead ends and short cuts on the long way to action. In M. Frese & J. Sabini (Eds.), Goal-directed behavior: Psychological theory and research on action (pp. 134-160; 367-395). Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1985.

HEGENBERG, L. Doença: um estudo filosófico. Editora Fiocruz, 1ª reimpressão, 2002, 137 p.

HESBEEN, W. Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Ed Lusociencia edições técnicas e científicas. 2000. 200p.

HORTA, W. de A. Processos de Enfermagem. São Paulo: EPU/Ed. Universidade de São Paulo, 1979. 99p.

IYER, P.W, TAPTICH, R. N e BERNACCHI-LOSEY, D. Processo e Diagnóstico de enfermagem. Porto Alegre: Ed Artes Médicas, 1993, 322p.

IRION, G. Feridas. Novas abordagens, manejo clínico e Atlas em cores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 390p.

JESUS, S. N. Influência do professor sobre os alunos. Lisboa: Ed Asa, 1996.

KAZEN, M., BAUMANN, N E KUHL, J. Self-Infiltration vs. Self-Compatibility Checking in Dealing with Unattractive Tasks: The Moderating Influence of State vs. Action Orientation. *Motivation and Emotion*, Vol. 27, N.3, p.157-197. September, 2003.

KUHL, J. Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state versus action orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 155–170. 1981.

KUHL, J. Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action-control. In B.A. Maher (Hrsg.), *Progress in Experimental Personality Research* (Vol. 13, S. 99-171). New York. 1984.

Kuhl, J. Volitional mediators of cognition behavior consistency: Self-regulatory processes and action versus state orientation. En J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior*. New York: Springer-Verlag . p. 101-128. 1985.

KUHL, J. A theory of self-regulation: Action versus state orientation, self-discrimination, and some applications. *Applied Psychology: An international review*, 41(2), 97-129. 1992.

KUHL, J. A theory of action and state orientations. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation* (pp. 9–46). Gottingen, Alemanha, 1994a.

_____ Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90). In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action versus state orientation*, p. 47–59, Gottingen, Alemanha: Hogrefe,. 1994b.

_____ A functional-design approach to motivation and self-regulation: The dynamics of personality system interactions. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M.

Zeidner (Eds.), *Self-regulation: Directions and challenges for future research*, p. 111–169. New York: Academic Press, 2000a.

_____The Volitional Basis of Personality Systems Interaction Theory: Applications in Learning and Treatment Contexts. University of Osnabrück .Published in: *International Journal of Educational Research*, v. 33, p.665-703. 2000b.

KUHL, J. ; ATKINSON, J.W. *Motivation, Thought, and Action*. New York: Praeger Publishers, 1985, 407p.

KUHL, J. & FUHRMANN, A. Decomposing self-regulation and self-control: The volitional components inventory In J. Heckhausen & C. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life span*, p. 15-49. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

LEOPARDI, M.T . *Teoria e método em assistência de enfermagem*. 2ª edição. Florianópolis: Ed. Soldasoft. 2006. 306p.

LIEURY, A e FENOUILLET, F. *Motivação e sucesso escolar*. Lisboa: Editorial Presença, 1997, 109p.

LURIA, A.R. Os princípios do desenvolvimento mental e o problema do atraso mental. In: LEONTIEV & Outros. *Psicologia e Pedagogia*. São Paulo: Moraes, 1991.

MASLOW, Abraham Harold. 1970 – *Maslow no gerenciamento*. (Trad. Eliana Casquilho, Bazán Tecnologia e Lingüística). Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2000

MEDRONHO, R.A. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, 492p.

MEECE, J. E MC COLSKEY,W. Improving student motivation . A guide for teachers and school improvement team. 3ª edição. Serve: associated with the School of Education University of North Carolina., 2001, 96p.

MENEC, V.H, PERRY, R.P. e STRUTHERS,C.W. The Effect of Adverse Learning Conditions on Avtion – Oriented and State – Oriented College Students. The Journal of Experimental Education. N.63, v.4, p. 281-299, 1995.

MOREIRA, M.A. Aprendizagem: perspectivas teóricas. Porto Alegre: Editora UFRGS, 1985, 167p.

NASSAR, S. M. Tratamento de incerteza: sistemas especialistas probabilísticos. Universidade Federal de Santa Catarina : Programa de Pós – Graduação em Ciência da Computação. 2005.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PAINEL. Pressure Ulcer. Incidence, economic risk assessment. Consesus Development Conference Statement. Rockville: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 5-6, 1989.

NEVES, As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico - filosóficas. Escola de Enfermagem Anna Nery - Revista de Enfermagem. V. 6. p.79 a 92, Suplemento 1/2002

NIGHTINGALE F. Notas Sobre Enfermagem - o que é e o que não é. Tradução de Amália Correia de Carvalho. São Paulo, Ed. Cortez: 1989.

PAVÃO, SILVIA MARIA DE OLIVEIRA. Competência emocional: um enfoque reflexivo para a prática pedagógica . Tese de doutorado. Universitat Autonoma de Barcelona. Bellaterra Espanha 2003. 305p

POLIT, D. F, BECK,C.T. E HUNGLER,B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.Métodos, avaliação e utilização.São Paulo: Ed. Artes Médicas, 2004. 479p.

POTTER, P. A & PERRY, A.G. Enfermagem prática. Clínica e prática hospitalar. 3ª edição. Santos Livraria Editora. São Paulo, 2002, 995p.

PRESSLEY, M. The relevance of the good strategy user model to the teaching of mathematics. *Educational Psychologist*, 21(1 & 2), 139-161. 1986.

RABEH, S.A, N. Úlcera de pressão: a clarificação do conceito e estratégias para divulgação do conhecimento na literatura de enfermagem. São Paulo. Ribeirão Preto, 2001, Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,172p.

RANGEL, E.M.L. Conhecimento, práticas e fontes de informação de enfermeiros de um hospital sobre a prevenção e o tratamento da úlcera de pressão. São Paulo. Ribeirão Preto. 2004. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. 2004.

SALEMA, M.H. Ensinar e Aprender a Pensar. Lisboa. Texto editor. 1997.

SANTOS, I. et al. Enfermagem fundamental. Realidade. Questões. Soluções. Série Atualização em Enfermagem, v.1. São Paulo: Editora Atheneu. 2002. 301 p.

SILVA, A. L. e SÁ, I. Saber Estudar e Estudar para Saber. Lisboa: Porto Editora, 1993. 97p.

SNOWMAN, J. Learning tactics and strategies. In G. D. PHYE & T. ANDRE (Eds.), *Cognitive classroom learning.Understanding, thinking and problem solving* (pp. 243-275.). New York: Academic Press. 1896.

SOUZA, E de F. Novo manual de enfermagem: procedimentos e cuidados básicos. Ed Cultura Médica, Rio de Janeiro 1987. 423 p.

TROCHIN, W.M. Likert scalling. In Research Methods Knowledge Base. Disponível na Internet em <http://trochin.human.cornell.edu/kb/scalling.htm>, consultado em 15/12/ 1999.

ZABALA, A (org.). Como trabalhar os conteúdos procedimentais em aula. Tradução Ernani Rosa. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ZIMMERMAN, B. Dimensions of academic self-regulation: A conceptual framework for education. In D. H. Schunk & B. J. Zimmerman (Eds.). Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications. NJ: Erlbaum. 1998.

Apêndices

Apêndice 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: A RELAÇÃO ENTRE ORIENTAÇÃO MOTIVACIONAL E CONTROLE DAS AÇÕES EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS ULCERAS DE PRESSÃO*

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa provisoriamente intitulada: “A relação entre orientação motivacional e controle das ações em estudantes de enfermagem na prevenção das úlceras de pressão”, que tem como objetivo geral: Verificar se a Teoria do Controle da Ação permite identificar precocemente estudantes de enfermagem com risco para baixo desempenho na implementação de medidas preventivas para UP. Na primeira etapa serão identificados os elementos essenciais que o estudante de enfermagem deve possuir para cuidar da pele íntegra a fim de prevenir UP. Na segunda etapa, o objetivo será classificar os estudantes de enfermagem em alto e baixo risco para o desempenho acadêmico insatisfatório no aprendizado a partir dos elementos identificados e finalmente, analisar a classificação dos estudantes de alto e baixo risco em comparação com a classificação obtida pela Escala do Controle da Ação.

A pesquisa terá duração de três anos e se configura em uma Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa, pois a coleta de dados será feita com a utilização de uma escala de auto -aplicação e você enquanto respondente, receberá um nome fictício na elaboração do trabalho. Os dados da avaliação docente sobre o desempenho dos estudantes no cenário hospitalar serão registrados no instrumento de avaliação próprio do Programa Curricular e somente serão utilizados no estudo mediante o preenchimento da Escala do Controle da Ação, o que só acontecerá após o término do Programa Curricular, divulgação das notas e a assinatura deste termo. Portanto o estudante que não concordar com estes termos será excluído da investigação.

Os dados obtidos não poderão ser usados para outros fins que não os previstos pelo protocolo. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Participarão da pesquisa os estudantes de graduação em enfermagem que desejarem sendo imediatamente excluídos aqueles que não concordarem com os termos da pesquisa. Portanto, a sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a Instituição, bem como não lhe serão atribuídas notas diferenciadas no momento da avaliação da Disciplina/Programa. O acesso aos dados pesquisador/instituição estará garantido.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao instrumento denominado questionário HAKEMP 90 e a partir daí permitir a utilização dos dados da avaliação docente. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ou de outra natureza, tais como notas ou avaliações diferenciadas daquelas já preconizadas pelo Programa e/ou Disciplina. Será preservada a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Não haverá risco de qualquer natureza seja ele: físico, mental ou moral. Porém, com a sua participação os benefícios em relação a aprendizagem do estudante de enfermagem poderão ser muitos grandes, pois na pesquisa serão enfocados os aspectos da orientação motivacional, cuidado de enfermagem e prevenção das úlceras de pressão, refletindo na prática profissional voltada para a melhor qualidade do cuidado prestado ao cliente.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora:

Participante/entrevistado:

Telefone de contato da pesquisadora:

Comitê de Ética em Pesquisa

Rio de Janeiro,

de

de

Caro colega:

No momento estou iniciando a coleta de dados da minha tese de doutorado cujo título provável será “A relação entre orientação motivacional e o controle das ações em estudantes de enfermagem na prevenção das úlceras de pressão (UP)”. Trata-se do estudo da implementação de medidas preventivas de úlceras de pressão segundo a motivação do estudante.

Para tanto, preciso de sua colaboração no sentido de analisar um conjunto de itens que descrevem algumas características pautadas nas habilidades e competências do estudante de enfermagem. Estes itens foram pesquisados em periódicos e livros da área (Anexo 1)

Cabe enfatizar que o seu julgamento será sobre o grau de concordância do item julgado, com as características consideradas essenciais no estudante de enfermagem para cuidar mais eficientemente e prevenir as UP.

Por favor, faça as suas considerações no anexo 2.

Conto com a sua colaboração.

Obrigado.

Elen Martins da Silva Castelo Branco

A seguir você encontrará uma série de enunciados. Leia atentamente cada um deles e assinale a quadrícula que melhor expresse a sua opinião a respeito. Avalie de acordo com a seguinte escala:

1. **Completamente desfavorável ao item** (O enunciado não tem nenhuma relação com a proposta)
2. **Um pouco favorável ao item** (O enunciado tem pouca relação com a proposta)
3. **Indeciso** (Não houve definição)
4. **Um pouco desfavorável ao item** (Algum ponto do enunciado não está relacionado com a proposta).
5. **Completamente favorável** (O enunciado está plenamente de acordo com a proposta).

Assertivas	1	2	3	4	5
1- Obtém dados sobre o cliente, através da entrevista u/ou exame físico, respeitando a sua individualidade e utilizando uma comunicação verbal e não verbal em nível de compreensão do indivíduo.					
2- Incorpora a família ao planejamento dos cuidados.					
3- Identifica os problemas do cliente que precisam de atendimento de enfermagem e os relaciona com os dados levantados..					
4- Elabora estratégias para auxiliar o cliente e a família a alcançar os resultados desejados.					
5- Utiliza os seus conhecimentos e habilidades para conhecer o cliente como indivíduo e valoriza o cuidado de enfermagem individualizado.					
6- Seleciona cuidadosamente o ambiente para garantir privacidade e conforto durante a avaliação					
7-. Considera objetivamente a situação do indivíduo sob seus cuidados utilizando-o como fonte principal de dados.					
8- Ouve atentamente as queixas do cliente definindo detalhadamente a reação do cliente ao processo de doença					
9- Estabelece prioridades no atendimento.					
10- Colabora para a formação de um ambiente favorável a comunicação, aceitação e participação mútua.					
11 - Organiza o material e o ambiente necessário à execução dos procedimentos.					
12 - É expressivo ao se comunicar empregando a terminologia adequada a compreensão do cliente estabelecendo relações interpessoais positivas com o cliente					
13 - Valoriza o toque como forma pessoal de comunicação					
14 - Planeja as ações educativas com pertinência ao conteúdo específico a ser ensinado.					
15- Apresenta um comportamento orientado para a manutenção do grupo					
16- Ouve as novas idéias e pontos de vista analisando a situação de várias perspectivas.					
17- Apresenta fluência de idéias e flexibilidade do pensamento para tentar solucionar os problemas					

18 - Aprecia as tarefas mantendo a atenção, concentração e interesse na sua execução					
19 -Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstancias diferentes					
20- Acumula um grande número de dados na avaliação do cliente sem relacionar umas com as outras.					
21- Aplica método científico de resolução de problemas.					
22- Lista as ações e conseqüências possíveis, prediz as probabilidades dos resultados e seleciona a melhor ação.					
23 -É capaz de escolher e usar métodos adequados para a execução de tarefas específicas					
24- Preocupa-se em não deixar tarefas incompletas					
25 -Planeja e prepara as suas ações evitando as improvisações					
26- Busca constantemente a melhor forma de fazer as coisas.					
27- Utiliza abordagem que inclui uma combinação das técnicas de exame físico					
28- Realiza o exame físico comprovando dados subjetivos obtidos na entrevista ou durante interação com o cliente					
29- Mostra coleta de dados eficiente e pertinente, selecionando e agrupando dados a fim de facilitar a sua classificação, estabelecendo prioridades.					
30- Identifica os elementos que durante a anamnese auxiliarão no diagnóstico da lesão					
31- Planeja ações viáveis e aplicáveis contribuindo para a transformação da realidade					
32- Sustenta o plano de cuidados de enfermagem em bases científicas					
33- Desenvolve estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir as situações identificadas.					
34- Descreve as ações a serem implementadas					
35- Faz prognóstico para a cicatrização da ferida					
36- Avalia a evolução do cliente e interpreta as respostas ao tratamento modificando o plano de cuidados na medida das exigências					
37- Registra criteriosamente os cuidados de enfermagem.					
38 -Identifica as características da pele, hidratação, turgor e elasticidade e relaciona as possíveis causas das alterações					
39 -Descreve as diferentes lesões da pele					
40- Mantém a atenção, concentração e interesse na execução das atividades propostas.					
41- Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstancias diferentes sem perder o foco da situação					
42- É capaz de identificar as próprias dificuldades.					
43 – Preocupa-se em aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes afim tornar-se mais competente.					
44- Realiza as atividades de estudo programadas.					
45- Procura espontaneamente ampliar os seus conhecimentos.					
46-Tendem a apresentar emoções predominantemente positivas nas situações de fracasso.					

47 - É capaz de identificar as próprias dificuldades.						
48- Distingue as diferentes modalidades de terapêutica para cicatrização de feridas						
49- Demonstra conhecer as indicações para a utilização de produtos para a proteção da pele						
50- Domina as habilidades técnicas que envolvem equipamento e coordenação na realização do curativo						
51- Faz a auto - avaliação porque ela possibilita a identificação das próprias dificuldades						
52- Preocupa-se em aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes.						
53- Pede ajuda ao perceber problemas						
54- Dedicar igual atenção a todas as matérias, inclusive as que não gosta.						
55- Quer aprender apenas o que será útil na vida profissional.						
56- Prefere as tarefas desafiadoras.						
57- Busca competência através do estudo.						
58- Apresenta menor motivação para aprender quando recebe críticas.						
59- Procura outras fontes de pesquisa além daquelas indicadas pelo professor.						
60- Identifica facilmente as suas dificuldades.						

Apêndice 04 -Planilha com cálculo das medianas segundo opinião dos juizes (J)

Planilha com cálculo das medianas	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Méd
1- Obtém dados sobre o cliente, através da entrevista u/ou exame físico, respeitando a sua individualidade e utilizando uma comunicação verbal e não verbal em nível de compreensão do indivíduo.	5	4	5	5	5	5	5
2- Incorpora a família ao planejamento dos cuidados.	2	3	5	5	5	5	5
3 Identifica os problemas do cliente que precisam de atendimento de enfermagem e os relaciona com os dados levantados..	4	5	4	5	5	5	5
4- Elabora estratégias para auxiliar o cliente e a família a alcançar os resultados desejados.	2	2	3	5	5	5	4
5- Utiliza os seus conhecimentos e habilidades para conhecer o cliente como indivíduo e valoriza o cuidado de enfermagem individualizado.	5	4	5	5	5	5	5

6- Seleciona cuidadosamente o ambiente para garantir privacidade e conforto durante a avaliação	5	5	4	5	5	5	5
7-. Considera objetivamente a situação do indivíduo sob seus cuidados utilizando-o como fonte principal de dados.	5	5	5	5	5	5	5
8- Ouve atentamente as queixas do cliente definindo detalhadamente a reação do cliente ao processo de doença	4	3	4	5	5	4	4
9- Estabelece prioridades no atendimento..	5	5	5	5	5	5	5
10- Colabora para a formação de um ambiente favorável a comunicação, aceitação e participação mútua.	1	2	3	5	4	4	3,5
11- Organiza o material e o ambiente necessário à execução dos procedimentos.	4	4	5	5	4	5	4,5
12 - É expressivo ao se comunicar empregando a terminologia adequada a compreensão do cliente estabelecendo relações interpessoais positivas com o cliente	4	3	5	5	5	5	5
13 - Valoriza o toque como forma pessoal de comunicação	3	5	5	2	5	5	5
14 - Planeja as ações educativas com pertinência ao conteúdo específico a ser ensinado.	4	5	5	5	5	5	5
15- Apresenta um comportamento orientado para a manutenção do grupo	2	2	3	2	4	5	2,5
16- Ouve as novas idéias e pontos de vista analisando a situação de várias perspectivas.	4	4	2	2	5	5	4
17- Apresenta fluência de idéias e flexibilidade do pensamento para tentar solucionar os problemas	4	4	3	2	5	4	4
18 - Aprecia as tarefas mantendo a atenção, concentração e interesse na sua execução	4	5	4	5	5	5	5
19 -Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstâncias diferentes	5	5	3	2	5	5	5
20- Acumula um grande número de dados na avaliação do cliente sem relacionar umas com as outras.	5	5	5	5	5	1	5
21- Identifica o grau de conhecimento do cliente e/ou família em relação à doença ou tratamento.	5	5	5	5	5	5	5
22- Realiza as atividades assistenciais demonstrando interesse pelos problemas dos pacientes.	5	5	5	5	5	5	5
23 -É capaz de escolher e usar métodos adequados para a execução de tarefas específicas	2	3	3	5	5	5	4
24- Preocupa-se em não deixar tarefas incompletas	2	1	3	5	5	1	2,5
25 -Planeja e prepara as suas ações evitando as improvisações	1	1	2	5	5	4	3
26- Busca constantemente a melhor forma de fazer as coisas.	5	5	3	5	4	5	5
27- Utiliza abordagem que inclui uma combinação das técnicas de exame físico	2	1	3	2	5	5	2,5
28- Realiza o exame físico comprovando dados subjetivos obtidos na entrevista ou durante interação com o cliente	5	4	5	5	5	5	5

29- Mostra coleta de dados eficiente e pertinente, selecionando e agrupando dados a fim de facilitar a sua classificação, estabelecendo prioridades.	5	4	5	5	5	5	5
30- Identifica os elementos que durante a anamnese auxiliarão no diagnóstico da lesão	5	5	5	5	5	5	5
31- Planeja ações viáveis e aplicáveis contribuindo para a transformação da realidade	5	4	3	5	5	5	5
32- Sustenta o plano de cuidados de enfermagem em bases científicas	5	4	5	5	5	5	5
33- Desenvolve estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir as situações identificadas.	5	4	5	5	5	5	5
34- Descreve as ações a serem implementadas	5	4	3	5	5	5	
35- Faz prognóstico para a cicatrização da ferida	5	5	5	5	5	5	5
36- Avalia a evolução do cliente e interpreta as respostas ao tratamento modificando o plano de cuidados na medida das exigências	5	5	5	5	5	5	5
37- Registra criteriosamente os cuidados de enfermagem.	4	5	5	5	5	5	5
38 -Identifica as características da pele, hidratação, turgor e elasticidade e relaciona as possíveis causas das alterações.	5	5	5	5	5	5	5
39 -Descreve as diferentes lesões da pele	5	3	5	5	5	5	5
40- Mantém a atenção, concentração e interesse na execução das atividades propostas.	5	5	5	5	5	5	5
41- Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstâncias diferentes sem perder o foco da situação	4	5	5	5	5	5	5
42- É capaz de identificar as próprias dificuldades.	5	5	5	5	5	5	5
43 – Preocupa-se em aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes afim tornar-se mais competente.	5	5	5	5	5	5	5
44- Realiza as atividades de estudo programadas.	5	5	5	5	5	5	5
45- Procura espontaneamente ampliar os seus conhecimentos.	1	5	5	5	5	5	5
46-Tendem a apresentar emoções predominantemente positivas nas situações de fracasso.	4	5	5	5	5	5	5
47 - É capaz de identificar as próprias dificuldades.	5	5	5	5	5	5	5
48- Distingue as diferentes modalidades de terapêutica para cicatrização de feridas	5	5	5	5	5	5	5
49- Demonstra conhecer as indicações para a utilização de produtos para a proteção da pele	5	4	3	5	5	5	5
50- Domina as habilidades técnicas que envolvem equipamento e coordenação na realização do curativo	5	5	5	5	5	4	5
51- Faz a auto - avaliação porque ela possibilita a identificação das próprias dificuldades	5	4	4	5	5	5	5
52- Preocupa-se em aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes.	5	5	4	5	5	5	5

53- Pede ajuda ao perceber problemas	4	5	4	5	5	5	5
54- Dedicar igual atenção a todas as matérias, inclusive as que não gosta.	2	3	4	2	5	5	3,5
55- Quer aprender apenas o que será útil na vida profissional.	1	2	4	2	5	4	3
56- Prefere as tarefas desafiadoras.	5	3	4	5	5	4	4,5
57- Busca competência através do estudo.	5	4	4	5	5	5	5
58- Apresenta menor motivação para aprender quando recebe críticas.	1	4	3	5	5	1	3,5
59- Procura outras fontes de pesquisa além daquelas indicadas pelo professor.	5	5	5	5	5	5	5
60- Identifica facilmente as suas dificuldades.	5	5	5	5	5	4	5

Apêndice 05 - Lista das assertivas com mediana valor 5 na opinião dos juizes(J)

Lista das assertivas	J1	J2	J3	J4	J5	J6	Med
1- Obtém dados sobre o cliente, através da entrevista u/ou exame físico, respeitando a sua individualidade e utilizando uma comunicação verbal e não verbal em nível de compreensão do indivíduo.	5	4	5	5	5	5	5
2- Incorpora a família ao planejamento dos cuidados.	2	3	5	5	5	5	5
3- Identifica os problemas do cliente que precisam de atendimento de enfermagem e os relaciona com os dados levantados..	4	5	4	5	5	5	5
5- Utiliza os seus conhecimentos e habilidades para conhecer o cliente como indivíduo e valoriza o cuidado de enfermagem individualizado.	5	4	5	5	5	5	5
6- Seleciona cuidadosamente o ambiente para garantir privacidade e conforto durante a avaliação	5	5	4	5	5	5	5
7-. Considera objetivamente a situação do indivíduo sob seus cuidados utilizando-o como fonte principal de dados.	5	5	5	5	5	5	5
9 Estabelece prioridades no atendimento..	5	5	5	5	5	5	5
12 - Organiza o material e o ambiente necessário à execução dos procedimentos	5	3	5	5	5	5	5
13 - Valoriza o toque como forma pessoal de comunicação	3	5	5	2	5	5	5
14 Planeja as ações educativas com pertinência ao conteúdo específico a ser ensinado.	4	5	5	5	5	5	5
18 - Aprecia as tarefas mantendo a atenção, concentração e interesse na sua execução	4	5	4	5	5	5	5
19 -Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstancias diferentes	5	5	3	2	5	5	5
20- Acumula um grande número de dados na avaliação do cliente sem relacionar umas com as outras.	5	5	5	5	5	1	5
21 – Identifica o grau de conhecimento do cliente e/ou família em relação à doença ou tratamento.	5	5	5	5	5	5	5
22- Realiza as atividades assistenciais demonstrando interesse pelos problemas dos pacientes.	5	5	5	5	5	5	5
26- Busca constantemente a melhor forma de fazer as coisas.	5	5	3	5	4	5	5
28- Realiza o exame físico comprovando dados subjetivos obtidos na entrevista ou durante interação com o cliente	5	4	5	5	5	5	5
29- Mostra coleta de dados eficiente e pertinente, selecionando e agrupando dados a fim de facilitar a sua classificação, estabelecendo prioridades.	5	4	5	5	5	5	5
30- Identifica os elementos que durante a anamnese auxiliarão no diagnóstico da lesão	5	5	5	5	5	5	5
31- Planeja ações viáveis e aplicáveis contribuindo para a transformação da realidade	5	4	3	5	5	5	5
32- Sustenta o plano de cuidados de enfermagem em bases científicas	5	4	5	5	5	5	5

33- Desenvolve estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir as situações identificadas.	5	4	5	5	5	5	5
34- Descreve as ações a serem implementadas	5	4	3	5	5	5	
35- Faz prognóstico para a cicatrização da ferida	5	5	5	5	5	5	5
36- Avalia a evolução do cliente e interpreta as respostas ao tratamento modificando o plano de cuidados na medida das exigências	5	5	5	5	5	5	5
37- Registra criteriosamente os cuidados de enfermagem.	4	5	5	5	5	5	5
38 -Identifica as características da pele, hidratação,turgor e elasticidade e relaciona as possíveis causas das alterações	5	5	5	5	5	5	5
39 -Descreve as diferentes lesões da pele	5	3	5	5	5	5	5
40- Mantém a atenção, concentração e interesse na execução das atividades propostas.	5	5	5	5	5	5	5
41- Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstâncias diferentes sem perder o foco da situação	4	5	5	5	5	5	5
42- É capaz de identificar as próprias dificuldades.	5	5	5	5	5	5	5
43 – Preocupa-se em aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes afim tornar-se mais competente.	5	5	5	5	5	5	5
44- Realiza as atividades de estudo programadas.	5	5	5	5	5	5	5
45- Procura espontaneamente ampliar os seus conhecimentos.	1	5	5	5	5	5	5
46-Tendem a apresentar emoções predominantemente positivas nas situações de fracasso.	4	5	5	5	5	5	5
47 - É capaz de identificar as próprias dificuldades.	5	5	5	5	5	5	5
48- Distingue as diferentes modalidades de terapêutica para cicatrização de feridas	5	5	5	5	5	5	5
49- Demonstra conhecer as indicações para a utilização de produtos para a proteção da pele	5	4	3	5	5	5	5
50- Domina as habilidades técnicas que envolvem equipamento e coordenação na realização do curativo	5	5	5	5	5	4	5
51- Faz a auto - avaliação porque ela possibilita a identificação das próprias dificuldades	5	4	4	5	5	5	5
52- Preocupa-se em aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes.	5	5	4	5	5	5	5
53- Pede ajuda ao perceber problemas	4	5	4	5	5	5	5
57- Busca competência através do estudo.	5	4	4	5	5	5	5
59- Procura outras fontes de pesquisa além daquelas indicadas pelo professor.	5	5	5	5	5	5	5
60- Identifica facilmente as suas dificuldades.	5	5	5	5	5	4	5

Apêndice 06 - Instrumento de avaliação discente para o estágio supervisionado

Nome do estudante:

Semestre/ ano:

Data:

Professor:

A seguir você encontrará uma série de enunciados. Assinale a quadrícula que melhor expresse o seu julgamento sobre a adequação das ações do estudante de enfermagem na implementação das medidas preventivas para as úlceras por pressão. Avalie de acordo com a seguinte escala:

1. **Muito inadequado/ muito insatisfatório**
2. **Inadequado / insatisfatório**
3. **Adequado/ satisfatório**
4. **Muito adequado/ muito satisfatório**

Assertivas	1	2	3	4
1- Obtém dados sobre o cliente, através da entrevista u/ou exame físico, respeitando a sua individualidade e utilizando uma comunicação verbal e não verbal em nível de compreensão do indivíduo.				
2- Identifica os problemas do cliente que precisam de atendimento de enfermagem e os relaciona com os dados levantados.				
3 – Planeja as ações de enfermagem a partir da análise dos problemas identificados, visando o atendimento dos mesmos.				
4 – Estabelece prioridades no atendimento.				
5 – Organiza o material e o ambiente necessário à execução dos procedimentos.				
6- Executa os procedimentos aplicando os princípios científicos envolvidos e demonstrando habilidade na execução.				
7- Avalia as ações de enfermagem a partir do resultado obtido pelo cliente.				
8- Relata de modo sintético e descritivo a situação do paciente, utilizando terminologia científica.				
9- Planeja as ações educativas com pertinência ao conteúdo específico a ser ensinado.				
10 – Identifica o grau de conhecimento do cliente e/ou família em relação à doença ou tratamento.				
11- Realiza as atividades assistenciais demonstrando interesse pelos problemas dos pacientes.				
12- Mantém a atenção, concentração e interesse na execução das atividades propostas.				
13- Consegue ser flexível e adaptar-se a ambientes e circunstâncias diferentes sem perder o foco da situação				
14- É capaz de identificar as próprias dificuldades.				
15 – Preocupa-se em aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes afim tornar-se mais competente.				
16- Realiza as atividades de estudo programadas.				
17- Procura espontaneamente ampliar os seus conhecimentos.				
18-Tendem a apresentar emoções predominantemente positivas nas situações de fracasso.				

Comentários:

--

Apêndice 07 - Questionário HAKEMP 90 - versão em língua portuguesa

HAKEMP-90

Questionário número:

(Data) _____

Sexo: m__ f__ Idade _____ Anos

INSTRUÇÕES

A seguir, aparecem uma série de enunciados com duas opções (A e B), por favor marque na folha anexa a opção que reflete o que você faria em uma situação similar. Às vezes, é difícil decidir-se espontaneamente por uma das duas, entretanto responda a todas as opções considerando o que lhe acontece com mais frequência.

Por favor, não escreva no questionário. Anote suas respostas na folha adjunta.

Obrigado por sua colaboração.

1 Quando perco algo valioso para mim e não posso encontrar em nenhum lugar:

- a) É difícil me concentrar em outra coisa.
- b) Tiro o fato da cabeça um pouco mais tarde.

2. Quando sei que tenho que terminar algo rápido:

- a) Frequentemente tenho que me obrigar a começar.
- b) É fácil, para mim, começar a fazê-lo e terminá-lo.

3. Quando aprendo um jogo novo e interessante:

- a) Canso-me logo do jogo e faço outra coisa.
- b) Dedico ao jogo todo o tempo que posso.

4. Se trabalhei durante semanas em um projeto e depois tudo sai mal:

- a) Preciso de muito tempo a adaptar-me a isso.
- b) Isso me chateia um pouco, mas depois não penso mais nisso.

5. Quando não tenho nada de concreto para fazer e estou me aborrecendo:

- a) Custa-me decidir o que deveria fazer.
- b) Encontro rapidamente o que fazer.

6. Quando estou trabalhando em algo importante para mim:

- a) Gosto de fazer outras coisas também enquanto faço isso.
- b) Dedico-me tão profundamente que posso trabalhar nisso por muito tempo.

7. Quando estou competindo e perco uma vez após a outra:

- a) Consigo deixar de pensar rapidamente que perdi.
- b) A idéia de que perdi não me sai da cabeça.

8. Quando estou me preparando para abordar um problema difícil:

- a) É difícil, para mim, enfrentar o problema.
- b) Busco como resolvê-lo de uma forma mais ou menos agradável.

9. Quando vejo um filme muito bom:

- a) Fico tão entretido que não penso em fazer mais nada.
- b) Às vezes quero fazer algo mais enquanto estou vendo o filme.

10. Se tivesse acabado de comprar um aparato novo (por exemplo, um rádio) e por acidente caísse no chão e não tivesse conserto:

- a) Tentaria superar isso logo.
- b) Precisaria de muito tempo para superar isso.

11. Quando devo resolver um problema difícil:

- a) Normalmente, custa-me começar a resolvê-lo.
- b) Minha mente tende a divagar em outras coisas antes de começar a resolvê-lo.

12. Quando fico ocupado por muito tempo fazendo algo interessante (por exemplo, ler um livro ou trabalhar em um projeto):

- a) Às vezes penso se realmente vale a pena o que estou fazendo.
- b) Normalmente estou tão concentrado no que estou fazendo que nunca paro para pensar se vale a pena.

13. Se tenho que falar com alguém sobre algo importante e não consigo encontrar a pessoa:

- a) Não consigo deixar de pensar nisso ainda que esteja fazendo outra coisa.
- b) Esqueço-me disso com facilidade até que volte a ver essa pessoa.

14. Quando tenho que decidir o que deveria fazer quando tenho, de forma inesperada, tempo livre:

- a) Levo muito tempo para decidir o que fazer nesse tempo livre.
- b) Normalmente consigo decidir-me por algo que fazer sem ter que pensar muito.

15. Quando leio no jornal um artigo que me interessa:

- a) Normalmente me interessa tanto que o leio inteiramente.
- b) Frequentemente passo para outro artigo antes de terminar o primeiro.

16. Quando compro muitas coisas em uma tenda e, ao chegar a casa, percebo que paguei a mais, mas não posso recuperar o dinheiro:

- a) Não consigo me concentrar em mais nada.
- b) Esqueço o fato facilmente.

17. Quando tenho que fazer trabalho em casa:

- a) Às vezes, custa-me começar a trabalhar.
- b) Normalmente, consigo fazê-lo de imediato.

19. Quando estou de férias e passando-as bem:

- a) Com pouco tempo, sinto vontade de fazer algo completamente diferente.
- b) Não penso em fazer outra coisa até o final das minhas férias.

19. Quando me dizem que meu trabalho foi completamente insatisfatório:

- a) Não deixo que isso me preocupe durante muito tempo.
- b) Isso me deixa paralisado.

20. Quando tenho muitas coisas importantes para fazer e todas têm que estar prontas logo:

- a) Frequentemente, não sei por onde começar.
- b) É fácil, para mim, fazer um plano e cumpri-lo.

21. Quando um de meus amigos levanta um tema ininteressante de conversa.

- a) Facilmente, transforma-se em uma grande conversa.
- b) Logo perco o interesse e quero fazer algo diferente.

22. Se estou em um engarrafamento e não chego a uma entrevista importante:

- a) É difícil, para mim, começar a fazer outra coisa.
- b) Rapidamente me esqueço disso e faço outra coisa.

23. Quando há duas coisas que quero realmente fazer mas não posso fazer ambas:

- a) Logo começo a fazer uma coisa e me esqueço da outra que não poderia fazer.
- b) É difícil, para mim, esquecer-me da outra coisa que não pude fazer.

23. Quando estou ocupado trabalhando em um projeto interessante:

- a) Necessito fazer paradas frequentes e trabalhar em outros projetos.

b) Posso seguir trabalhando no mesmo projeto durante muito tempo.

25. Quando algo é muito importante para mim, mas não quer sair bem:

- a) Desiludo-me pouco a pouco.
- b) Simplesmente me esqueço e faço outra coisa.

26. Quando tenho que me ocupar com algo que é importante mas também desagradável:

- a) Faço e me livro de imediato.
- b) Levo um tempo para obrigar-me a fazê-lo.

27. Quando estou tendo uma conversa interessante com alguém em uma festa:

- a) Posso falar com essa pessoa todo o tempo.
- b) Prefiro fazer outra coisa depois de um tempo.

28. Quando algo me deixa triste de verdade:

- a) Custa-me fazer outra coisa.
- b) É fácil que eu me distraia fazendo outras coisas.

29. Quando me deparo com um grande projeto que deve ser feito:

- a) Preciso dedicar muito tempo a pensar por onde começá-lo.
- b) Não tenho dificuldade em começá-lo.

30. Quando acontece de eu ser muito melhor em um jogo que os demais:

- a) Normalmente tenho vontade de fazer outra coisa.
- b) Tenho claro que quero continuar jogando.

31. Quando várias coisas me saem mal no mesmo dia:

- a) Normalmente não sei o que fazer.
- b) Simplesmente sigo adiante como se nada tivesse acontecido.

32- Quando tenho que fazer uma tarefa enfadonha.

- a) Não tenho problemas para concluí-la.
- b) Às vezes não consigo começar a fazê-la.

33- Quando leio algo que me parece interessante:

- a) Às vezes quero deixar o artigo e fazer outra coisa.
- b) Sento-me e leio o artigo por muito tempo.

33. Quando me empenho ao máximo para fazer um bom trabalho e tudo sai mal:

- a) Não tenho muita dificuldade em começar outra coisa.
- b) Custa-me muito fazer qualquer outra coisa.

35. Quando tenho a obrigação de fazer algo que me aborrece:

- a) Faço-o logo e me livro.
- b) Normalmente, leva um tempo até que comece a fazê-lo.

36 -Quando tenciono aprender algo novo que me interessa:

- a) Dedico-me a isso durante muito tempo.
- b) Necessito de uma pausa para fazer outra coisa durante um pequeno tempo.

Apêndice 08- Planilha contendo os dados do questionário HAKEMP 90

Item																																						
Estu dant es	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
1	b	b	a	b	b	a	a	b	a	a	b	b	a	b	a	b	a	a	a	b	a	a	b	b	a	a	a	b	b	a	b	b	b	a	a	a		
2	a	b	a	b	b	a	a	a	a	a	a	a	a	b	b	b	b	a	a	b	a	a	b	a	b	a	a	b	b	a	b	a	a	a	a	b		
3	a	a	b	a	b	a	a	a	a	b	b	a	a	b	a	b	a	b	b	a	a	a	b	a	a	b	a	a	a	a	b	a	b	b	b	b	a	
4	b	a	b	b	a	a	b	b	b	a	a	a	a	b	a	b	a	a	a	a	a	a	b	b	b	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	b		
5	b	b	b	b	b	a	a	b	a	a	b	a	a	a	a	b	a	b	a	b	a	a	a	a	a	a	a	a	b	b	a	b	b	b	a	b	b	
6	a	b	b	b	a	b	b	b	a	a	a	a	a	b	a	b	a	a	b	a	a	a	b	b	a	b	a	a	a	a	a	a	b	b	b	b	a	
7	b	b	b	b	b	b	a	a	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	b	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	a	a	b	b	b	a	b	
8	b	b	a	b	b	a	a	a	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	a	a	a	b	a	b	b	a	a	b	a	b	b	b	b	b	a	a	b	
9	a	b	b	b	b	b	a	b	a	a	b	b	a	b	a	b	b	a	a	b	a	b	a	b	a	a	b	a	b	a	a	a	b	a	a	a	a	
10	a	a	a	b	b	b	b	a	a	b	a	b	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a	b	b	a	a	a	a	b	b	a	b	a	a	
11	b	a	b	b	b	a	b	a	a	b	b	a	b	b	a	a	a	a	b	b	a	a	b	a	a	a	a	a	a	b	b	b	a	b	a	a	a	
12	a	a	b	b	b	a	b	b	b	a	a	a	a	b	a	b	b	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	b	a	a	
13	a	a	b	b	a	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a	b	a	b	a	a	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	b	b	b	b	b	a	b	a
14	b	a	b	b	b	a	a	a	a	a	b	b	b	b	a	b	a	a	a	b	a	a	b	a	a	b	b	a	a	b	a	b	b	a	b	a	b	b
15	a	b	b	a	b	a	a	b	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	a	b	b	a	a	b	a	a	b	b	a	b	b	a	b	b	a
16	a	a	b	a	a	b	b	a	a	b	a	a	a	a	a	a	a	b	b	a	a	a	b	b	b	a	a	a	a	a	b	a	a	b	b	a	a	a
17	a	b	b	b	b	b	a	b	a	b	b	b	a	b	a	b	a	a	a	a	a	a	b	b	b	a	a	a	a	b	b	b	a	b	a	a	a	a
18	a	b	b	b	a	b	a	b	a	b	a	a	a	a	a	b	a	b	a	a	a	a	a	b	b	a	a	a	a	a	a	b	a	b	b	b	a	b

19	a	b	a	a	a	a	a	a	a	a	b	b	a	a	a	b	a	b	b	b	a	a	b	a	a	b	b	a	a	a	a	b	b	b	b	b	b	
20	a	b	a	b	a	a	b	b	b	a	a	b	a	b	b	b	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	b	a	b	b	b	a	b	b	a	a		
21	a	a	b	b	a	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a	b	b	a	a	b	a	b	a	b	b	b	b		
22	b	b	a	b	a	b	b	b	a	a	a	b	a	a	a	b	b	b	b	b	a	a	a	a	a	a	a	a	a	b	a	b	b	a	a	b		
23	a	b	a	a	b	b	a	a	a	a	a	a	a	b	b	a	a	b	b	b	a	a	b	b	a	a	b	b	a	b	a	a	b	b	b	a		
24	b	a	b	b	b	a	b	a	b	b	b	a	a	b	a	b	b	b	b	b	a	a	b	b	b	a	a	a	a	b	a	b	b	a	a	a		
25	a	b	b	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	a	a	b	b	a	a	b	a	a	a	a	b	a	a	a	a	b	a	b	b	b	a	a		
26	a	a	a	b	b	b	a	a	a	b	a	b	b	b	a	b	a	a	b	a	a	a	b	b	a	b	b	a	a	a	a	b	b	a	b	a		
27	a	b	b	b	a	b	a	b	a	b	b	b	a	a	a	a	b	a	b	b	a	a	b	b	a	b	a	a	a	b	a	b	b	b	b	a		
28	b	b	b	b	a	b	a	b	a	a	a	b	a	b	a	b	a	a	b	a	a	a	a	b	a	b	b	a	a	b	b	b	b	a	b	a		
29	a	b	b	a	b	b	b	b	a	b	b	a	a	a	a	b	a	a	b	b	a	a	b	b	a	b	a	a	a	b	a	b	b	b	b	a		
30	a	b	b	a	b	b	b	a	a	b	a	b	b	b	a	b	b	a	b	a	a	a	b	b	a	b	a	a	b	a	a	b	b	b	b	a		
31	a	b	b	a	b	b	b	b	a	b	a	b	a	b	a	a	b	a	a	b	a	a	b	b	a	b	a	a	b	b	a	b	b	b	b	a		
32	a	b	b	a	b	b	b	a	a	b	a	b	a	b	a	a	a	b	b	a	a	a	b	b	a	a	b	a	a	b	a	b	b	b	b	a		
33	a	b	b	a	b	b	b	a	a	b	a	b	a	b	a	a	a	b	b	a	a	a	b	b	a	a	b	a	a	b	a	b	b	b	b	a		
34	a	b	b	b	b	b	b	a	a	b	a	b	a	b	a	a	a	b	b	a	a	a	b	b	a	a	b	a	a	b	a	b	b	b	b	a		
35	a	b	b	b	b	b	a	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	b	a	b	b	b	b	b	b	b	a	a	a	b	b	b	b	b	b	a		
36	b	a	a	b	b	b	a	a	a	a	b	a	b	a	a	b	a	b	b	b	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	a	a	a	a	b	b	b	
37	b	b	b	b	a	a	a	a	a	b	a	a	b	b	a	b	a	b	b	a	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	a	a	a	a	a	a	b	
38	b	b	a	b	b	a	a	b	a	a	b	b	a	b	a	b	a	a	a	b	a	a	b	b	b	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	
39	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	a	b	b	a	b	b	a	b	b	a	b	b	b	a	a	b
40	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	a	b	b	a	b	b	a	b	b	a	b	b	b	a	a	b

Apêndice 09

Subescala 1 – Orientação para a ação subsequente ao fracasso (OAF)

Estudantes	1	4	7	10	13	16	19	22	25	28	31	34
1	b	b	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a
2	a	b	a	a	a	b	a	a	b	b	b	a
3	a	a	a	b	a	b	b	a	a	a	a	b
4	b	b	b	a	a	b	a	a	b	b	a	a
5	b	b	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a
6	a	b	b	a	a	b	b	a	a	a	a	b
7	b	b	a	a	a	b	b	a	a	a	a	b
8	b	b	a	a	a	b	a	b	b	b	b	a
9	a	b	a	a	a	b	a	b	a	a	a	a
10	a	b	b	b	a	a	b	a	a	a	a	a
11	b	b	b	b	b	a	b	a	a	a	b	a
12	a	b	b	a	a	b	a	a	a	b	a	a
13	a	b	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a
14	b	b	a	a	b	b	a	a	a	a	a	a
15	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a	b	b
16	a	a	b	b	a	a	b	a	b	a	a	b
17	a	b	a	b	a	b	a	a	b	a	b	a
18	a	b	a	b	a	b	a	a	a	a	a	b
19	a	a	a	a	a	b	b	a	a	a	a	b
20	a	b	b	a	a	b	b	a	a	a	b	b
21	a	b	a	a	a	a	a	a	a	a	a	b
22	b	b	b	a	a	b	b	a	a	a	a	a
23	a	a	a	a	a	a	b	a	a	b	a	b
24	b	b	b	b	a	b	b	a	b	a	a	a
25	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a	a	b
26	a	b	a	b	b	b	b	a	a	a	a	a
27	a	b	a	b	a	a	b	a	a	a	a	b
28	b	b	a	a	a	b	b	a	a	a	b	a
29	a	a	b	b	a	b	b	a	a	a	a	b
30	a	a	b	b	b	b	b	a	a	a	a	b
31	a	a	b	b	a	a	a	a	a	a	a	b
32	a	a	b	b	a	a	b	a	a	a	a	b
33	b	b	a	b	a	b	b	a	a	a	a	a
34	a	b	s	b	a	b	a	a	b	a	a	a
35	a	b	a	b	b	b	b	b	b	a	b	b
36	b	b	a	a	b	b	b	b	b	a	b	a
37	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	a	b
38	b	b	a	a	a	b	a	a	b	a	b	a
39	a	a	b	a	b	b	a	a	a	b	b	a
40	a	b	b	b	a	a	b	a	a	a	a	b
41	b	b	b	a	a	b	a	a	a	a	a	b
42	a	a	a	a	b	a	b	a	a	a	a	a
43	b	a	b	a	b	b	b	a	a	a	a	b
44	a	a	b	a	a	b	b	a	a	a	a	b
45	b	b	a	a	b	b	a	a	a	b	b	a
46	a	a	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a

Apêndice 10
Subescala 2 – Orientação a ação e planejamento (OAP)

Estudantes	2	5	8	11	14	17	20	23	26	29	32	35
1	b	b	b	b	b	a	b	b	a	b	b	a
2	b	b	a	a	b	b	b	b	a	b	a	a
3	a	b	a	b	b	a	a	b	b	a	b	b
4	a	a	b	a	b	a	a	b	a	a	b	a
5	b	b	b	b	a	a	b	a	a	b	b	b
6	b	a	b	a	b	a	a	b	b	a	b	b
7	b	b	a	a	b	a	a	b	a	a	b	a
8	b	b	a	a	b	a	a	a	a	a	b	a
9	b	b	b	b	b	b	b	a	a	b	a	a
10	a	b	a	a	a	a	a	b	b	a	b	b
11	a	b	a	b	b	a	b	b	a	b	a	a
12	a	b	b	a	b	b	b	b	b	a	b	a
13	a	a	b	b	b	a	a	a	b	a	b	b
14	a	b	a	b	b	a	b	b	b	a	b	b
15	b	b	b	a	b	a	b	b	a	a	a	a
16	a	a	a	a	a	a	a	b	a	a	a	a
17	b	b	b	b	b	a	a	b	a	b	a	a
18	b	a	b	a	a	a	a	b	a	a	b	a
19	b	a	a	b	a	a	b	b	b	a	b	b
20	b	a	b	a	b	a	a	b	a	b	a	a
21	a	a	b	b	b	a	a	b	b	a	b	b
22	b	a	b	a	a	b	b	a	a	a	b	a
23	b	b	a	a	b	a	b	b	a	a	a	b
24	a	b	a	b	b	b	b	b	a	a	b	a
25	b	a	a	b	a	b	b	a	a	a	b	a
26	a	b	a	a	b	a	a	b	b	a	b	b
27	b	a	b	b	a	b	b	b	b	a	b	b
28	b	a	b	a	b	a	a	a	b	a	b	b
29	b	b	b	b	a	a	b	b	b	a	b	b
30	b	b	a	a	b	b	a	b	b	b	b	b
31	b	b	b	a	b	b	b	b	b	b	b	b
32	b	b	a	a	b	a	a	b	a	a	b	b
33	b	b	b	b	a	b	b	b	b	b	b	b
34	b	b	a	b	a	a	a	b	a	a	b	b
35	a	b	b	b	b	b	b	b	b	a	b	b
36	b	b	b	a	b	a	b	a	b	b	a	a
37	b	a	a	a	b	a	a	a	b	a	b	b
38	b	b	a	b	b	a	b	b	a	a	a	a
39	a	b	a	b	b	b	b	b	a	a	a	a
40	a	a	b	b	b	b	a	b	a	a	b	a
41	b	b	a	b	b	a	a	a	a	a	b	a
42	a	a	a	b	b	a	a	b	a	a	b	b
43	b	b	a	b	b	b	a	b	a	a	b	a
44	a	b	a	b	b	a	a	a	b	a	a	b
45	b	b	a	b	b	b	a	a	a	b	b	a
46	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b

Apêndice 11
Subescala 3 – (OAA)

Estudantes	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
1	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	b	a
2	a	a	a	a	b	a	a	a	a	a	a	b
3	b	a	a	a	a	b	a	a	a	b	b	a
4	b	a	b	a	a	a	a	b	a	a	a	b
5	b	a	a	a	a	b	a	a	a	a	b	b
6	b	b	a	a	a	a	a	b	a	a	b	a
7	b	b	a	b	a	b	a	a	b	a	b	b
8	a	a	a	b	a	b	a	b	a	b	b	b
9	b	b	a	b	a	a	a	b	b	a	b	a
10	a	b	a	b	b	a	a	b	b	a	b	a
11	b	a	a	a	a	a	a	a	a	b	b	a
12	b	a	b	a	a	a	a	a	a	b	b	a
13	b	a	a	a	a	b	a	b	a	b	b	a
14	b	a	a	b	a	a	a	a	b	b	b	b
15	b	a	a	b	a	b	a	b	b	b	b	a
16	b	b	a	a	a	b	a	b	a	b	b	a
17	b	b	a	b	a	a	a	b	a	b	b	a
18	b	b	a	a	a	b	a	b	a	b	b	b
19	a	a	a	b	a	b	a	a	b	a	b	b
20	a	a	b	b	b	a	a	a	b	b	b	a
21	b	a	a	a	a	b	a	b	b	b	a	b
22	a	b	a	b	a	b	a	a	a	b	b	b
23	a	b	a	a	b	b	a	b	b	b	b	a
24	b	a	b	a	a	b	a	b	a	b	b	a
25	b	a	a	a	a	a	a	a	a	b	b	a
26	a	b	a	b	a	a	a	b	b	a	b	a
27	b	b	a	b	a	a	a	b	a	b	b	a
28	b	b	a	b	a	a	a	b	b	b	b	a
29	b	b	a	a	a	a	a	b	a	b	b	a
30	b	b	a	b	a	a	a	b	a	a	b	a
31	b	b	a	b	a	a	a	b	a	b	b	a
32	b	b	a	b	a	b	a	b	b	b	b	a
33	a	b	a	a	b	b	a	b	b	b	b	a
34	b	a	a	a	a	b	a	b	b	b	a	b
35	b	b	b	b	b	b	a	b	a	b	b	a
36	a	b	b	a	a	a	a	b	a	a	a	b
37	b	a	a	b	a	b	a	b	a	b	b	a
38	a	a	a	b	a	a	a	b	a	a	b	a
39	b	b	a	b	a	b	a	a	b	a	b	b
40	b	a	b	b	a	a	a	b	a	a	b	b
41	b	a	a	a	a	b	a	b	a	b	b	b
42	b	a	a		a	a	a	b	a	a	b	a
43	a	b	a	b	a	a	a	b	b	a	b	a
44	a	a	a	b	a	b	a	a	b	a	b	b
45	b	a	a	b	a	a	a	a	a	b	b	a
46	b	a	a	b	a	a	a	a	a	b	b	a

Apêndice 12

Classificação dos estudantes segundo a orientação para ação ou estado nas subescalas

INSTRUMENTO HAKEMP 90			
Estudantes	OAF	OAP	OAA
1	A	A	E
2	A	A	E
3	E	E	E
4	A	E	E
5	A	A	E
6	E	E	E
7	A	A	E
8	A	A	E
9	A	A	E
10	E	E	E
11	A	A	E
12	A	A	E
13	A	E	A
14	A	E	E
15	A	A	E
16	E	A	A
17	A	E	A
18	E	E	A
19	E	E	E
20	E	A	E
21	E	E	E
22	A	A	E
23	E	A	E
24	A	A	E
25	E	A	E
26	A	E	E
27	E	E	A
28	A	E	A
29	E	E	A
30	E	A	A
31	E	A	A
32	E	E	A
33	E	A	E
34	E	E	E
35	A	A	A
36	A	A	E
37	A	E	A
38	A	A	E
39	A	A	E
40	E	E	E
41	A	A	A
42	E	E	E
43	E	E	E
44	E	E	E
45	A	A	A
46	A	E	E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Coordenador:

Luiz Carlos Duarte
de Miranda
Médico - Prof. Adjunto

Secretário:

Mário Teixeira Antonio
Farmacêutico - Especialista

Membros Titulares:

Alice Helena Dutra Violarde
Médico - Prof. Adjunto

Antonio de Magalhães
Marinho

Enfermeiro - Mestre

Beatriz Moritz Trope

Médico - Doutorando

Eduardo Jorge Bastos

Córcis

Médico - Prof. Assistente

Eliza Regina Ambrosio

Assistente Social - Mestre

Luiz Borlfin Pereira da

Carlinha

Médico - Especialista

Maria de Fátima Gustavo

Lopes

Representante dos Usuários

Paulo Fajó Branco

Médico - Prof. Adjunto

Zanara Rodrigues da Silva

Professora

Membros Suplentes

Alberto Knyssem Arhex

Médico - Doutorando

David Savignin Marinho

Farmacêutico - Especialista

Helena Warzynsky

Representante dos Usuários

Luzia da Conceição de

Araújo Marques

Enfermeiro - Mestre

Maria Adelaide Moreira

dos Santos

Nutricionista - Mestre

Mário Fernando Pätzhold

Engenheiro - Doutor

Orlando Nunes Coseriu

Sociólogo - Doutor

Roberto Coury Pedrosa

Médico - Doutor

Vânia Dias de Oliveira

Assistente Social

CEP - MEMO - n.º 780/06

Rio de Janeiro, 27 de setembro de 2006

Do: Coordenador do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Prof^ª. Elen Martins da Silva Castelo Branco

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. Sa. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 097/06 - CEP

Título: "A relação entre orientação motivacional e controle das ações em estudantes de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão".

Pesquisador (a) responsável: Prof^ª. Elen Martins da Silva Castelo Branco

Data de apreciação do parecer: 04/09/2006

Parecer: "APROVADO"

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 04/03/2007, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 - CNS/MS).

Atenciosamente,

Prof. Luiz Carlos Duarte de Miranda
Coordenador do CEP

ANEXO 01
Ementas do Programa Curricular Interdepartamental VII

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Departamento de Enfermagem Fundamental

PCI VII – PROGRAMA CURRICULAR INTERDEPARTAMENTAL VII

Nome: Cuidados a clientes hospitalizados I

Código: ENW 352
Carga Horária: T: 45 horas
P: 60 horas
Créditos: 5,0

Características:

Instrução sobre programa de trabalho nas Unidades de Internação. Instrução de reforço sobre o processo de enfermagem e diagnóstico de situações de clientes. Orientação sobre trabalho em equipe e desempenho de atividades de enfermagem. Demonstração de técnicas e procedimentos usuais no cuidado dos clientes. Instrução sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Instrução sobre planos de ensino para clientes e famílias.

Objetivos:

- Reconhecer o direito do cliente a ser informado sobre os planos relativos a sua saúde e a seu cuidado.
- Adquirir conhecimentos para interpretar a contribuição da enfermagem no contexto da situação hospitalar.
- Participar do desenvolvimento do processo de enfermagem nas situações hospitalares.
- Assumir responsabilidades pela melhoria das condições de saúde dos clientes sob seus cuidados.
- Demonstrar atitude responsável frente aos fins e aos valores da Escola e da Universidade.

Ementa:

O serviço de Enfermagem no hospital – estrutura, objetivos, pessoal. O cliente hospitalizado na visão do enfermeiro. Diagnóstico de enfermagem nas situações de menor complexidade. Prescrições de enfermagem. Prestação de cuidados. Ensino de clientes. Avaliação de enfermagem.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Escola de Enfermagem Anna Nery
Departamento de Enfermagem Fundamental

PCI VII – PROGRAMA CURRICULAR INTERDEPARTAMENTAL VII**Nome: Estágio Supervisionado de Enfermagem VII**

Código: ENW U07
Carga Horária: 90 horas
Créditos: 2,0

Características:

Demonstração e treinamento de técnicas e procedimentos indicados em situações de clientes hospitalizados com problemas de saúde de menor complexidade. Orientação de reforço quanto ao uso do prontuário dos clientes. Instrução sobre registro de prescrições, tratamentos e cuidados de enfermagem. Instrução sobre negligência profissional e riscos envolvendo a segurança do cliente.

Objetivos:

- Adquirir conhecimentos para as razões que fundamentam as atividades de enfermagem e os cuidados prestados aos clientes.
- Desenvolver habilidades para analisar situações de menor complexidade envolvendo clientes hospitalizados.
- Identificar problemas que requerem prescrições ou intervenções de enfermagem.
- Reconhecer o direito das pessoas e famílias de participar dos planos que visam a sua saúde.
- Demonstrar atitude responsável e compatível com as prescrições de enfermagem.

Ementa:

Programa de trabalho para pessoas hospitalizadas e suas famílias. Atividades de enfermagem na Unidade de Internação. Participação do estudante nas equipes de trabalho. Cuidados de enfermagem. Situações de menor complexidade. Ajuda a clientes para resolução de problemas de saúde.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Escola de Enfermagem Anna Nery
Departamento de Enfermagem Fundamental

PCI VII – PROGRAMA CURRICULAR INTERDEPARTAMENTAL VII**Nome: Diagnóstico Simplificado de Saúde VII**

Código: ENWX07
Carga Horária: Variável
Créditos: Grau

Características;

Discussão em grupo sobre o diagnóstico de situações de clientes. Instrução sobre problemas identificados nas situações de menor complexidade. Orientação de reforço sobre os problemas que interessam aos estudos e pesquisas de enfermagem. Discussão em grupo sobre objetivos do trabalho científico. Instrução sobre ética e pesquisas científicas.

Objetivos:

- Aplicar a metodologia científica para o diagnóstico de situações de menor complexidade.
- Desenvolver habilidades para a análise de situações de clientes hospitalizados.
- Adquirir conhecimentos para identificar problemas que requerem estudo ou investigação.
- Ganhar experiência compatível com o desenvolvimento de estudos e pesquisa de enfermagem.
- Elaborar relatório sobre estudo realizado.

Ementa:

O cliente hospitalizado como centro de interesse para estudos científicos. Análise e diagnóstico de situações de menor complexidade. Identificação de problemas para estudo ou pesquisa de enfermagem. Experimentação, demonstração e comprovação. Os resultados da investigação como apoio para as ações de enfermagem.

ANEXO 02 Questionário HAKEMP - 90 (espanhol)

INSTRUCTIVO DEL CUESTIONARIO HAKEMP-90

(Prof. **Julius Kuhl**, Area de "Diferentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung", Fachbereich Humanwissenschaften, ,*Universidad de Osnabrück*, Seminarstraße 20, 49074 Osnabrück, Alemania)

(Traducción al Español por el **Dr. Miguel Kazén**, Fachbereich Humanwissenschaften, *Universidad de Osnabrück*).

El cuestionario del control de la acción HAKEMP-90 contiene tres escalas:

1. Orientación a la acción/al estado subsecuente al fracaso (OAF)
2. Orientación a la acción/al estado en la planeación y en la decisión de la acción (OAP)
3. Orientación a la acción/al estado en la actividad exitosa (OAA = enfoque en la actividad, o motivación "intrínseca")

Cada escala contiene 12 reactivos los cuáles describen diferentes situaciones. Para cada situación existen dos alternativas de respuesta, una de ellas indica orientación a la acción y la otra orientación al estado. Para calcular la calificación se recomienda el dar un punto a cada una de las respuestas en las cuales la alternativa correspondiente a la *orientación a la acción* fue elegida y sumar todas ellas. La suma de las respuestas orientadas a la acción, por tanto, puede dar una calificación total desde 0 hasta 12 puntos. Calificaciones totales por debajo de la mediana del grupo normativo indican una disposición hacia la orientación al estado y por arriba de esa mediana indican una disposición hacia la orientación a la acción. Los reactivos se encuentran numerados del 1 al 36. La

siguiente clave de respuestas indica cuales opciones de respuesta corresponden a la orientación a la acción para cada una de las tres escalas:

1. Orientación a la acción subsecuente al fracaso (OAF)

1B, 4B, 7A, 10A, 13B, 16B, 19A, 22B, 25B, 28B, 31B, 34A

2. Orientación a la acción en la planeación de la acción (OAP)

2B, 5B, 8B, 11A, 14B, 17B, 20B, 23A, 26A, 29B, 32A, 35A

3. Orientación a la acción en la actividad enfocada (OAA)

3B, 6B, 9A, 12B, 15A, 18B, 21A, 24B, 27A, 30B, 33B, 36A

HAKEMP-90

Cuestionario Nr.: _____

Fecha: _____

Edad: _____ Años Sexo: m__ f__

INSTRUCCIONES

A continuación aparecen una serie de enunciados con dos opciones (a y b), por favor marque en la hoja anexa la opción que refleje lo que usted haría en una situación similar. A veces es difícil decidir espontáneamente por una de las dos alternativas, sin embargo conteste todas las opciones considerando que es lo que le sucede con más frecuencia.

Por favor no escriba en el cuestionario; anote sus respuestas en la hoja adjunta.

Gracias por su colaboración.

1. Cuando he perdido algo valioso para mí y no lo puedo encontrar en ningún sitio:

- a) Me es difícil poder concentrarme en otra cosa.
- b) Me lo quito de la cabeza un poco más tarde.

2. Cuando sé que tengo que terminar algo pronto:

- a) Frecuentemente tengo que obligarme para empezar.
- b) Me resulta fácil ponerme a hacerlo y terminarlo.

3. Cuando he aprendido un juego nuevo e interesante:

- a) Pronto me canso de él y hago otra cosa.
- b) Le dedico todo el tiempo que puedo.

4. Si he trabajado durante semanas en un proyecto y después todo sale mal:

- a) Necesito mucho tiempo para adaptarme a eso.
- b) Me molesta durante un rato, pero después ya no pienso más en eso.

5. Cuando no tengo nada en concreto que hacer y me estoy aburriendo:

- a) Me cuesta trabajo decidir lo que debería hacer.
- b) Rápidamente encuentro algo que hacer.

6. Cuando estoy trabajando en algo importante para mí:

- a) Me gusta también hacer otras cosas mientras trabajo en eso.
- b) Me meto tan a fondo que puedo trabajar en eso mucho tiempo.

7. Cuando estoy compitiendo y he perdido una vez tras otra:

- a) Puedo dejar de pensar pronto que he perdido.
- b) La idea de que he perdido me sigue dando vueltas en la cabeza.

8. Cuando estoy preparandome para abordar un problema difícil:

- a) Se me hace cuesta arriba enfrentarme al problema.
- b) Busco como podría resolver el problema de una forma más o menos agradable.

9. Cuando veo una película muy buena:

- a) Estoy tan metido en la película que no pienso en hacer nada más.
- b) A menudo quiero hacer algo más mientras estoy viendo la película.

10. Si acabara de comprar un aparato nuevo (por ejemplo, una radio) y por accidente se cae al suelo y no tiene arreglo:

- a) Intentaría superarlo pronto.
- b) Necesitaría mucho tiempo para superarlo.

11. Cuando debo resolver un problema difícil:

- a) Normalmente no me cuesta empezar a solucionarlo.
- b) Mi mente tiende a divagar en otras cosas antes de empezar a solucionarlo.

12. Cuando he estado ocupado mucho tiempo haciendo algo interesante (por ejemplo, leer un libro o trabajar en un proyecto):

- a) A veces pienso si realmente merece la pena lo que estoy haciendo.
- b) Normalmente estoy tan concentrado en lo que estoy haciendo que nunca me paro a pensar en si merece la pena.

13. Si tengo que hablar con alguien sobre algo importante y no logro encontrarlo:

- a) No puedo dejar de pensar en eso incluso aunque esté haciendo otra cosa.
- b) Me olvido de eso con facilidad hasta que vuelva a ver a esa persona.

14. Cuando tengo que decidir lo que debería hacer al tener de forma inesperada tiempo libre:

- a) Tardo mucho tiempo en decidir lo que debería hacer en ese tiempo libre.
- b) Normalmente puedo decidirme por algo que hacer sin tener que pensarlo mucho.

15. Cuando leo en el periódico un artículo que me interesa:

- a) Normalmente me interesa tanto que me lo leo entero.
- b) Con frecuencia salto a otro artículo antes de terminar el primero.

16. Cuando compro muchas cosas en una tienda y al llegar a la casa me doy cuenta de que he pagado demasiado, pero no puedo recuperar mi dinero,

- a) No puedo concentrarme en nada más.
- b) Lo olvido fácilmente.

17. Cuando tengo que hacer trabajo en casa:

- a) A menudo me cuesta ponerme a trabajar.
- b) Normalmente consigo hacerlo de inmediato.

18. Cuando estoy de vacaciones y estoy pasándolo bien:

- a) Al poco tiempo, siento ganas de hacer algo completamente diferente.
- b) No pienso en hacer otra cosa hasta el final de mis vacaciones.

20. Cuando me dicen que mi trabajo ha sido completamente insatisfactorio:

- a) No dejo que eso me preocupe durante mucho tiempo.
- b) Me deja paralizado.

20. Cuando tengo muchas cosas importantes que hacer y todas tienen que estar hechas pronto:

- a) Con frecuencia no sé por donde empezar.
- b) Me resulta fácil hacer un plan y cumplirlo.

21. Cuando uno de mis compañeros saca un tema interesante de conversación:

- a) Fácilmente se convierte en una larga conversación.
- b) Pronto pierdo el interés y quiero hacer algo distinto.

22. Si estoy en un atasco de tráfico y no he llegado a una cita importante:

- a) Me resulta difícil empezar a hacer nada más.
- b) Rápidamente me olvido de eso y hago otra cosa.

24. Cuando hay dos cosas que de verdad quiero hacer pero no puedo hacer las dos:

- a) **Enseguida empiezo a hacer una cosa y me olvido de la otra que no he podido hacer.**
- b) Me resulta difícil quitarme de la cabeza la otra cosa que no he podido hacer.

24. Cuando estoy ocupado trabajando en un proyecto interesante:

- a) Necesito hacer paradas frecuentes y trabajar en otros proyectos.
- b) Puedo seguir trabajando en el mismo proyecto durante mucho tiempo.

25. Cuando algo es muy importante para mí pero no me quiere salir bien:

- a) Me desilusiono poco a poco.
- b) Simplemente me olvido y hago otra cosa.

26. Cuando tengo que ocuparme de algo que es importante pero que también es desagradable:

- a) Lo hago y me lo quito de enmedio.
- b) Me toma un tiempo el obligarme a hacerlo.

27. Cuando estoy teniendo una conversación interesante con alguien en una fiesta:

- a) Puedo hablar con esa persona todo el tiempo.
- b) Prefiero hacer otra cosa después de un rato.

28. Cuando algo me pone triste de verdad:

- a) Me cuesta hacer cualquier cosa.
- b) Me resulta fácil distraerme haciendo otras cosas.

29. Cuando me enfrento con un gran proyecto que tiene que hacerse:

- a) Suelo dedicar mucho tiempo a pensar por dónde debería empezar.
- b) No tengo dificultad en empezarlo.

30. Cuando resulta que soy mucho mejor en un juego que los demás:

- a) Normalmente me apetece hacer otra cosa.
- b) Tengo claro que quiero seguir jugando.

31. Cuando varias cosas me salen mal el mismo día:

- a) Normalmente no sé que hacer.
- b) Simplemente sigo adelante como si nada hubiera ocurrido.

32. Cuando tengo que hacer una tarea aburrida:

- a) No suelo tener problemas para llevarla a cabo.
- b) A veces no puedo ponerme a hacerla.

34. Cuando leo algo que me resulta interesante:

- a) A veces quiero dejar el artículo y hacer otra cosa.
- b) Me siento y leo el artículo durante mucho tiempo.

34. Cuando he puesto toda mi empeño en hacer un buen trabajo y todo sale mal:

- a) No tengo demasiada dificultad en empezar otra cosa.
- b) Me cuesta mucho hacer cualquier otra cosa.

35. Cuando tengo la obligación de hacer algo que me molesta:

- a) Lo hago y me lo quito de encima.
- b) Normalmente pasa un tiempo hasta que me pongo a hacerlo.

36. Cuando intento aprender algo nuevo que me interesa:

- a) Me dedico a eso durante mucho tiempo.
- b) Suelo necesitar una pausa para hacer otra cosa durante un rato.

Anexo 03 Escala de Braden

Escala de Braden

Paciente: _____ **Registro:** _____ **Leito:** _____

Tradução feita por Dra. Maria Helena Larcher Caliri (EERP – USP), autorizada pela autora Barbara Braden.

	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	4 PONTOS
--	----------------	-----------------	-----------------	-----------------

<p>Percepção Sensorial: Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto</p>	<p>Completamente Limitado : não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquia ou agarra-se), devido a diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido a limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.</p>	<p>Muito Limitado: responde somente a estímulos dolorosos, Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.</p>	<p>Levemente Limitado: responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.</p>	<p>Nenhuma Limitação: responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>
<p>Umidade: Grau ao qual a pele está exposta à umidade.</p>	<p>Constantemente Úmida: a pele é mantida úmida/molhada quase constantemente por suor, urina, etc. a umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado</p>	<p>Muito Úmida: a pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida/molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão</p>	<p>Ocasionalmente Úmida: a pele está ocasionalmente durante o dia úmida/molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.</p>	<p>Raramente Úmida: a pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina</p>
<p>Atividade Física: Grau de atividade física.</p>	<p>Acamado: mantém-se sempre no leito</p>	<p>Restrito à cadeira: a habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de roda</p>	<p>Caminha Ocasionalmente: caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira</p>	<p>Caminha Frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas hora durante as horas que está acordado.</p>
<p>Mobilidade: Habilidade de mudar e controlar posições corporais</p>	<p>Completamente Imobilizado: não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda</p>	<p>Muito Limitado: faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades no entanto é incapaz de fazer mudança frequentes ou significantes sem ajuda</p>	<p>Levemente Limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda</p>	<p>Nenhuma Limitação: faz mudanças grandes e frequentes na posição sem assistência.</p>

<p>Nutrição: Padrão usual de ingestão alimentar</p>	<p>Muito Pobre: nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados do leite) por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta de líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.</p>	<p>Provavelmente Inadequado: raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.</p>	<p>Adequado: come mais da metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais</p>	<p>Excelente: come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.</p>
<p>Fricção e Cisalhamento</p>	<p>Problema: necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações leva a uma fricção constante</p>	<p>Potencial para Problema: movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.</p>	<p>Nenhum Problema Aparente: movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.</p>	
<p>Total de pontos:</p>				

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](#)