

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

**SITUAÇÕES-PROBLEMA DE CLIENTES HOSPITALIZADOS: UM
ESTUDO BASEADO EM GRAUS DE COMPLEXIDADE NA PRÁTICA
DA ENFERMAGEM**

GISELLA DE CARVALHO QUELUCI

2009

**SITUAÇÕES-PROBLEMA DE CLIENTES HOSPITALIZADOS: UM ESTUDO
BASEADO EM GRAUS DE COMPLEXIDADE NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

Gisella de Carvalho Queluci

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação 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.

Orientadores: Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo
Dr^a Vilma de Carvalho

RIO DE JANEIRO
JULHO, 2009

**SITUAÇÕES-PROBLEMA DE CLIENTES HOSPITALIZADOS: UM ESTUDO
BASEADO EM GRAUS DE COMPLEXIDADE NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM**

GISELLA DE CARVALHO QUELUCI

ORIENTADORES: DR^a NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIQUEIREDO
DR^a VILMA DE CARVALHO

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Pesquisa em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada por:

Dr^a Nébia Maria Almeida de Figueiredo (Presidente)

Dr^a Lygia Paim (1^a Examinadora)

Dr^a Iraci dos Santos (2^a Examinadora)

Dr^a Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira (3^a Examinadora)

Dr^a Márcia de Assunção Ferreira (4^a Examinadora)

Dr^a Marléa Chagas Moreira (Suplente)

Dr^a Tereza Tonini (Suplente)

Rio de Janeiro
Julho, 2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Queluci, Gisella de Carvalho.

Situações-problema de clientes hospitalizados: um estudo baseado em graus de complexidade na prática da Enfermagem/Gisella de Carvalho Queluci. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009.

ix, 159 f.

Orientadoras: Nébia Maria Almeida de Figueiredo. Vilma de Carvalho Tese (Doutorado) – UFRJ/EEAN/Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2009.

Referências Bibliográficas: f. 147-151

1- Sobre classificações/taxonomias de diagnóstico de enfermagem. 2. Situações-problema previsíveis e inesperadas. 3. O caminho do pensamento: considerações sobre o ensino e a pesquisa na área da Enfermagem. I. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN, Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem. III. Título.

RESUMO

SITUAÇÕES-PROBLEMA DE CLIENTES HOSPITALIZADOS: UM ESTUDO BASEADO EM GRAUS DE COMPLEXIDADE NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM

GISELLA DE CARVALHO QUELUCI

RESUMO DA TESE DE DOUTORADO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS À OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM ENFERMAGEM.

Trata-se de uma pesquisa como *objeto de estudo* a classificação de situações de enfermagem por graus de complexidade – menor, média e maior – envolvendo clientes hospitalizados com base na perspectiva diagnóstica das enfermeiras. Objetivos: a) Identificar *graus* de complexidade de situações-problema de clientes hospitalizados segundo termos aliados à perspectiva diagnóstica das enfermeiras; b) Analisar as respostas das enfermeiras em relação aos dados/fatos extensivos aos termos de *graus* de complexidade das situações-problema dos clientes hospitalizados; c) Descrever os *graus* de complexidade – menor, média e maior - das situações de enfermagem conforme a definição classificatória obtida mediante respostas das enfermeiras, com vistas às repercussões para o ensino e à pesquisa na área de enfermagem. *Metodologia*: Foram observadas e descritas 30 situações-problema. Utilizadas como apoio teorias de diagnóstico de enfermagem e de estudos da complexidade aliadas ao ensino, à pesquisa e à prática da enfermagem. *Resultados*: As pesquisadoras assumem posição frente à concepção das enfermeiras *participantes* da pesquisa. A receptividade do cliente às ações de enfermagem favoreceu a implementação dos cuidados nas situações-problema de *menor* complexidade; a ordem e a desordem aliadas ao ambiente e à interação enfermeira-cliente podem conferir às situações de enfermagem um grau de *média* complexidade; o domínio *insuficiente* do conhecimento teórico para o planejamento dos cuidados pode tornar as situações-problema como de *maior* complexidade. *Conclusão*: O grau de complexidade das situações-problema definiu-se por uma dimensão de aspectos/fatores múltiplos e definido, em última instância, como *conjunções*, o que foi obtido como apoio das respostas das enfermeiras para a compreensão dos *matizes* não só da complexidade mesma, mas, principalmente, para o entendimento das prioridades dos cuidados de enfermagem a serem prestados.

Palavras-chave: Enfermagem . Situações . Assistência Hospitalar.

RESUMEN

SITUACIONES-PROBLEMA EN CLIENTES HOSPITALIZADOS: UN ESTUDIO BASADO EN GRADOS DE COMPLEJIDAD EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

QUELUCI, GISELLA DE CARVALHO – RESUMEN DE LA TESE DE DOCTORADO PRESENTADA AL PROGRAMA DE POS-GRADO DE ESCUELA DE ENFERMERÍA ANNA NERY , UNIVERSIDAD FEDERAL DE RIO DE JANEIRO, COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTOR EN ENFERMERÍA. RIO DE JANEIRO, 2009.

Se trata de una investigación que tiene como *objeto de estudio* la clasificación de situaciones de enfermería por grados de complejidad – menor, media y mayor – envolviendo clientes hospitalizados con bases en la perspectiva diagnóstica de las enfermeras. *Objetivos* : a) identificar *grados* de complejidad de situaciones-problema de clientes hospitalizados según términos aliados a perspectiva diagnóstica de las enfermeras; b) analizar las respuestas de las enfermeras en relación a los datos/hechos extensivos a los términos de *grados* de complejidad de las situaciones-problema de los clientes hospitalizados; c) describir los *grados* de complejidad – menor, media y mayor – de las situaciones de enfermería conforme la definición clasificatoria obtenida mediante respuestas de las enfermeras, con vistas a las repercusiones a la enseñanza e investigación en el campo de la enfermería. *Metodología*: Fueron observadas y descritas 30 situaciones-problema: utilizadas como apoyo teorías de diagnóstico de enfermería y de estudios de la complejidad aliadas a la enseñanza, a la investigación y a la práctica de la enfermería. *Conclusión* : Las investigadoras asumen posición frente a la concepción de las enfermeras *participantes* de la investigación. La receptividad del cliente a las acciones de enfermería ha favorecido la implementación de los cuidados en situaciones-problema de *menor* complejidad; el orden y desorden aliados al ambiente e interacción enfermera-cliente pueden conferir a las situaciones de enfermería un grado de *media* complejidad; el dominio *insuficiente* del conocimiento teórico para la planificación de los cuidados pueden tornar las situaciones-problema como de *mayor* complejidad. El grado de complejidad de las situaciones-problema ha sido definido por una dimensión de aspectos/factores múltiples y definido, en última instancia, como *conjunciones*, lo que ha sido obtenido como apoyo de las respuestas de las enfermeras para la comprensión de los *matices*, no solo de la complejidad misma, sino también y principalmente para el entendimiento de las prioridades de los cuidados de enfermería prestados.

Palabras-clave : Enfermería – Situaciones - Asistencia Hospitalaria.

ABSTRACT

THE HOSPITALIZED CLIENTS' PROBLEM-SITUATIONS: A STUDY BASED ON DEGREES OF COMPLEXITY IN NURSING PRACTICE

QUELUCI, GISELLA DE CARVALHO – SUMMARY OF THE THESIS SUBMITTED TO THE POST-GRADUATION PROGRAM OF THE ANNA NERY SCHOOL OF NURSING, FEDERAL UNIVERSITY OF RIO DE JANEIRO, AS PART OF THE REQUIREMENTS FOR A PHD IN NURSING. RIO DE JANEIRO, 2009.

This is a research which *objective of study* is the classification of nursing situations according degrees of complexity – minor, medium and major – involving hospitalized clients with bases in nurses' diagnostic perspective. *Objectives* : a) To identify *degrees* of complexity of problem-situations of hospitalized clients according to terms allied to nurses' diagnostic perspective; b) to analyse nurses' answers related to extensive data/events to terms of *degrees* of complexity of hospitalized client problem-situation; c) to describe the *degrees* of complexity – minor, medium and mayor- of nursing situations according to the classificatory definition obtained from nurses' answers, taking into account its significance to teaching and research in the field of nursing. *Methodology*: 30 problem-situation were observed and described. Nursing diagnostic theories and studies of complexity allied to teaching, research and nursing practice were used as support. *Results* : The researchers taken position from the conception of nurses *participants* in the research. The client receptivity to nursing actions made easy the care implementation in problem-situations of *minor* complexity; the order and disorder, as well the environment and nursing-client interaction, may give to nursing situation a degree of *medium* complexity; *without an adequate* domain of theoretical knowledge in care planning, the problem-situation can become into one of *major* complexity. *Conclusion*: The degree of complexity of problem-situation was defined considering multiple and conclusive aspects/factors, in the last instance, as *conjunctions*, that was obtained as support to nurses' answers for the comprehension of the *nuances* not only respecting the complexity itself, but also, and mainly, for understanding the priorities of nursing care to be given.

Key-words: Nursing – Situations - Hospital Assistance.

Doutoranda Ananeriana

*Lá se vão três anos de estudo e dedicação.
Que finalmente se aproxima da hora do saber-dizer.
E segundo professora Vilma, agora é mostrar meu “cacife, estofo e embocadura”
Diante da banca de doutores que tenho a responder.
Após críticas de minha faixa etária, de talvez não conseguir com bravura
O reconhecimento e o título que muitos desejam obter.
Os dias tempestivos que vivi e as noites de insônia. Intermináveis papéis de rasuras.
Tendem a se encontrar com a luz que vem a iluminar minha mente e aquecer
Meu coração solitário que, de rubro, às vezes tende a brancura
Empalidecendo meus órgãos e sentidos, desanimando e querendo me enfraquecer.
Mas uma energia interior surge, então, levando idéias aos dizeres da brochura.
E assim, doutoranda, seus obstáculos irá vencer.*

Gisella de Carvalho Queluci – 20/05/2009.

Dedicatória

*À minha mãe, Maria do Socorro,
e irmão, Daniel, pelo apoio durante
a realização deste estudo.*

Agradecimentos

A Deus, porque sem Ele nada sou.

À Profª Drª Nébia Maria Almeida de Figueiredo, minha orientadora, pelas contribuições, compreensão e confiança em todas as etapas de elaboração da tese.

À Profª Drª Vilma de Carvalho, co-orientadora, pela demonstração na prática sobre o que é uma *relação de ajuda* e, principalmente, pelos ensinamentos desde a Graduação sobre a Enfermagem enquanto ciência e arte.

Ao Prof. Dr. Paulo Vaccari Caccavo, pelo estímulo e incentivo para a realização do Curso de Doutorado.

Aos professores do Nuphebras, Nuclearte e Lepisteme, pela aprendizagem acerca das pesquisas na área de Enfermagem desde a época de bolsista de Iniciação Científica.

Às Professoras da disciplina de Fundamentos II do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF, especialmente: Profª Drª Ana Carla Cavalcanti Dantas, Euzeli da Silva Brandão e Dayse Mary da Silva Correia, pela ajuda e compreensão na fase final da pesquisa.

A todos os meus amigos, por simplesmente acreditarem em mim.

SUMÁRIO

I- Apresentação do estudo – temática e problemática.....	p. 11
- Objeto e objetivos do estudo.....	p.29
- Justificativa e Relevância do Estudo.....	p.29
II- Enquadramento Teórico	p.31
- Sobre as classificações/taxonomias: – os diagnósticos de enfermagem.....	p.32
- Classificação de clientes por graus de complexidade.....	p.38
III- Metodologia	p.46
IV- Análise e discussão dos resultados.....	p.59
- Situações-problema previsíveis.....	p.64
- Situações-problema inesperadas.....	p.119
V- A título de Conclusão: O caminho do Pensamento – considerações para o ensino e pesquisa na área de Enfermagem.....	p.135
VI - Referências Bibliográficas.....	p.147
VII- Apêndice.....	p.152
VIII- Anexo.....	p.158
IX- Cronograma de Atividades.....	p.159

1) Apresentação do estudo - *temática e problemática*

Esta pesquisa tem como propósito *maior a classificação de situações de enfermagem por graus de complexidade – menor, média e maior - abrangendo clientes hospitalizados com base na perspectiva diagnóstica das enfermeiras.*

O interesse pelo estudo das *situações* de clientes hospitalizados tem influenciado minhas experiências na Enfermagem, desde meu início como enfermeira e docente na profissão. Atualmente, sendo Professora Assistente do Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – EEAAC /UFF, e cumprindo atividades práticas no setor de clínica médica do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), oriento e supervisiono os estudantes de enfermagem do 4º período, na disciplina Fundamentos de Enfermagem. Na Graduação de Enfermagem, os professores na supervisão dos discentes em campos de estágios, ao escolherem os clientes para a prática da aprendizagem, não fazem suas escolhas influenciados somente pela *natureza* das situações de enfermagem; e, se o fazem, não têm claramente definido se as mesmas se caracterizam por *problemas* específicos ou pelos possíveis graus de *complexidade* - menor média e maior.

De certa forma, as experiências na prática hospitalar de *ensinar a cuidar* conferem com a necessidade de selecionar os clientes hospitalizados pelas situações de enfermagem. Assim, tais situações podem ser classificadas por graus de complexidade, supostamente compatíveis às aquisições de competências acadêmicas previstas para esse período. Deste modo, venho tentando ampliar a compreensão sobre questões relacionadas aos procedimentos e cuidados de enfermagem, esses considerados ou designados, *grosso modo*, como “simples” e “complexos”.

Este assunto, - (do que seria um cuidado de enfermagem “simples” e/ou “complexo”) - , também emergiu de discussões anteriores acerca dos cuidados básicos de enfermagem

(dissertação de mestrado)¹ mediante as quais percebemos a necessidade de pesquisar quais elementos poderiam evidenciar *como* ou *de que modo* as enfermeiras identificam esses cuidados. Isto porque os *cuidados básicos* foram considerados, em discussões, como “simples” não somente pela maioria dos profissionais, como também pelos estudantes de enfermagem.

Embora venha praticando a enfermagem assistencial por um tempo não tão alongado, mas até já aprofundado em experiências mais intensas, como enfermeira e docente, tenho observado como ainda persistem as dificuldades, - por parte das enfermeiras (docentes e assistenciais) - , na identificação de *problemas* referentes às *situações de enfermagem* próprias da prática assistencial hospitalar. Mormente, quando a idéia é estabelecer um plano de enfermagem adequado às necessidades do cliente e condizente aos propósitos do ensino, e que sirva de base para uma aprendizagem viva, que estimule o pensamento crítico-criativo dos estudantes.

Vale acrescentar que a importância da aprendizagem na profissão, dando ênfase às situações de enfermagem, já era discutida por Carvalho (2006, p. 126) nas etapas da mudança empreendida no Currículo Novas Metodologias da EEAN/UFRJ. A autora ressaltava “a integração da teoria à prática, do estudo ao trabalho, do conteúdo à experiência, e das atividades planejadas ao encontro vivo com a clientela ou grupos da comunidade”. Em suas palavras, enfatiza:

“Penso que as experiências de aprendizagem, no novo currículo, são bem mais adequadas à questão do processo de enfermagem, uma vez que o estudante aprende através de novas metodologias de resolver situações-problema no interesse da enfermagem, em vivências de prática e de fato. Experiências estruturantes da prática assistencial e que, de certa forma,

¹ Durante o mestrado trabalhei com a questão da valorização dos cuidados básicos de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Dissertação intitulada “Formalidades na arte de cuidar/atuar na enfermagem: independência *versus* interdependência profissional”.

servem ainda ao estilo de atividades de cuidar e de atuar consistentes com o exercício da arte profissional, da utilidade e da participação social”(CARVALHO, V. 2006, p.130).

Tal como compreendida por Carvalho (2006), pode-se observar que “(...) *a situação de enfermagem e seu grau de complexidade podem ser percebidos no plano do encontro enfermeira-cliente*”. Haja vista que as enfermeiras, habitualmente ao prestarem cuidados, manifestam dificuldades em determinar condutas adequadas face à atribuição de *causalidade* em relação às condições específicas e aspectos afetados, ou frente aos *graus* de complexidade – menor, média e maior - nas situações envolvendo os problemas dos clientes hospitalizados.

Carvalho (2006, p.167) destaca a necessidade de aplicação metodológica para a resolução de problemas emergentes das situações dos clientes, e que sejam “*compatíveis com a pragmática das funções de enfermagem e ampliação do papel profissional*”. A autora argumenta, nesse sentido, que:

“A metodologia de resolução de situações-problema foi escolhida como a mais acertada para a concretização do processo de formar um novo perfil profissional. Além de servir de viga mestra no processo ensino-aprendizagem, esperava-se que esta metodologia servisse de contexto ao desempenho das ações de enfermagem”.

O trabalho de enfermagem, quando voltado para a compreensão da *situação-problema* do cliente, tem como objetivo principal estimular a consciência crítica do profissional, ou do estudante de enfermagem, e não dar ênfase ao estudo das doenças com enfoque biomédico. A prática assistencial de enfermagem, em geral, é entendida por Santos e Figueiredo (2004) como relativa às “*condutas clínicas [clínico-assistenciais], que, na enfermagem, são realizadas para qualquer tipo de clientela, pois trazem, em si, os fundamentos de ações para atender aos doentes ou sadios, em fase diagnóstica, ou ainda [em função] de necessidades de manter a*

saúde”. Pode-se inferir que a intenção das enfermeiras tem a ver com manter as condições da vida, evitar complicações, detectar sinais adversos, sintomas (signos) novos de modo a agir para restaurar o bem-estar, o bem-viver do ser humano, estado geralmente reconhecido como saúde.

A isso, pode-se acrescentar que a prática assistencial, de um lado, é característica da prática da enfermagem centrada no cliente e não, exclusivamente, na doença causadora do mal-estar ou desequilíbrio da saúde e *motivo* da hospitalização. A preocupação profissional, por outro lado, é com o *corpo* total, onde a doença/mal-estar pode suceder como um evento na vida de todos. Além disso, a prática assistencial, na enfermagem clínico-hospitalar, busca apoiar-se em uma *semiologia* própria para a enfermagem, entendida essa como *fundamental* para a Enfermagem – *que se aprende, que se ensina e que se pratica* - cujo conhecimento se processa propiciando uma ciência do *intelecto*. Ciência que busca a evidência *objetiva*, considerando também os requisitos da arte do *sentir* subjetivo - dos sentidos, da sensibilidade, das emoções, e das intuições humanas.

Cabe ressaltar que compreendemos o *corpo*, no cuidado de enfermagem, como um corpo vivo, pleno do sentido de viver, não apenas como objeto das ciências naturais. Mas, por ser um corpo movido por impulsos sensório-motrízes, subjacentes ao sensível e à sensibilidade - um corpo humano que pensa e racionaliza, e que também sonha, ama, sofre, imagina, cria, acredita, e enfrenta os desafios ou *impasses* do viver e do morrer. (FIGUEIREDO; SANTOS, 2004, p. 09).

Todavia, o conhecimento dessa temática ainda precisa ser ampliado com base nas investigações e nas práticas de *ensinar a cuidar* e de *aprender a cuidar*. Esses dois estilos de práticas são importantes para a compreensão do sentido essencial da Enfermagem na prática da assistência à saúde. Principalmente, quando se pretende alcançar a explicação possível e

condizente com a *objetividade* daquilo que se entende por situação de enfermagem, - *situação-problema* -, na casuística assistencial de interesse profissional da prática da enfermagem. Assim, observam-se várias situações emergentes dos campos de estágio que servem à descrição da *temática* e à ilustração da *problemática* centrada neste estudo. A título de exemplo, descrevemos adiante duas situações.

Destarte, na interação com uma cliente² internada há 10 dias, no setor de clínica médica, observa-se que, aparentemente, haveria necessidade de procedimentos “simples” de enfermagem. Ela deambula com liberdade, não precisa de auxílio para banho e alimentação. Não está em uso de soroterapia, porém apresenta-se com cateter para diálise na região inguinal direita (hemodiálise). Pode ter ajuda para os cuidados de enfermagem. Os alunos, porém, reclamam: “Mas esta cliente não tem nada para se fazer!”. Contudo, dos registros em prontuário consta o seguinte:

Situação-problema I

J.V., sexo feminino, 18 anos, casada, com filho de quatro (04) anos; afecção nos rins (com diálises diárias); e apresenta problema cardiovascular (hipertrofia de átrio esquerdo) a *esclarecer*. É resistente ao exame físico, embora seja receptiva à comunicação.

² A denominação *cliente* é utilizada nesta tese para todos os usuários do Sistema de Saúde (SUS). O que está de acordo com a Portaria SAS (Secretaria de Assistência Social do Ministério da Saúde) 202, de 19 de junho de 2001, corroborando com o disposto na Portaria nº 881 do Gabinete do Ministério da Saúde, de 19 de junho de 2001. Considera-se, portanto a necessidade de criação de uma nova cultura de atendimento aos usuários dos serviços de saúde, e com o mais amplo respeito à vida humana, bem como aos direitos de cidadania daqueles que, eventualmente, façam uso deles. Dessa forma, as disposições normativas impõem-se quanto aos direitos do cliente, mesmo que muitos enfermeiros, médicos e demais profissionais de saúde resistam à necessidade de compreensão que o sujeito do cuidado, como cliente, requer adequação ao novo modelo de cultura preconizado pelos Órgãos Oficiais. Agora já não se trata de “achar” ou não inadequado o uso do termo cliente, posto que se encontra respaldo no discurso e determinações de instâncias superiores da esfera política (FIGUEIREDO, 2002).

Os alunos foram orientados, a princípio, quanto à importância de se estabelecer um diálogo com a cliente, na tentativa de explicar a necessidade de realizar o exame físico, avaliar o curativo do cateter para a diálise, entre outros. Eles, porém, reclamavam que era quase impossível prestar algum cuidado em vista de certa atitude de autonomia da cliente. Mas, percebemos que o motivo de sua resistência ao exame físico era (talvez) o medo de que pudessemos descobrir outra doença. E ela necessitaria de mais tempo de hospitalização, sem poder retornar mais cedo para a sua casa, pois acusava sentir saudades do filho e do marido.

Este é um exemplo de “situação-problema” com *certo* grau de complexidade. Não obstante a cliente possa manifestar a necessidade de cuidados mínimos ou de procedimentos de enfermagem mais simples, sua situação apresenta elementos problemáticos. Além da relevância da aprendizagem da interação enfermeira-cliente, esta *situação-problema* envolve aspectos emocionais e psicológicos - temores e reações de resistência - que requerem a devida identificação para a efetividade do exame físico a ser realizado. Um tipo de situação que requer o envolvimento específico do *corpo* da enfermeira frente às necessidades da cliente e o estabelecimento eficaz de uma relação de ajuda para que a cliente aceite as orientações e se deixe cuidar. E, na intencionalidade de ajudar, nos termos de Moreira e Carvalho (2004, p.355), é preciso que

“(...) o cuidado de enfermagem transcenda o próprio ato de cuidar e possa condizer com uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo.[Nesse sentido, o cuidado de enfermagem] é uma ocupação, reocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro, que objetiva zelar para que o diálogo “Eu-Tu” seja uma ação libertadora, sinérgica e construtora de alianças”.

Situação-problema II:

G.F.S, sexo masculino, 52 anos, internado na Unidade de Pacientes Críticos, com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2. Face à superlotação do setor, encontra-se acamado próximo de janela para a sala de expurgo; portanto, em local inadequado. À observação, apresenta alterações clínicas, referindo desconforto com a passagem de material “sujo” por cima do leito. Encontra-se deprimido (sic). Diz sentir-se “abandonado” em face das condições ambientais, e carente de *adequada* assistência.

A descrição acima confere com a condição de risco e desconforto do cliente, pois fatores ambientais interferem com a natureza da situação de enfermagem. À medida que se prolongam os dias de internação, ele apresenta sinais de ansiedade, pressão arterial elevada, em razão (talvez) de sua localização no ambiente. O “carrinho de parada cardíaca” permanecia atrás da maca, distanciado da unidade do cliente e qualquer problema que determinasse atendimento urgente poderia complicar a eficácia da assistência de enfermagem.

Nessa situação-problema II, alguns fatores intervenientes merecem destaque, posto que já são, por si, indicativos de elementos de *complexidade*, a exemplo de: superlotação do setor, espaço inadequado para o cliente (próximo do expurgo), riscos de contaminação, falta de tranquilidade para o repouso, queixa de abandono, e excesso de movimentação de pessoas em relação ao possível manejo do carrinho de parada cardíaca.

Podemos supor, antes de tudo, que as situações, aqui descritas, caracterizam-se por graus de *complexidade*, não só pelas causas das afecções clínicas, ou porque estejam ligadas aos sinais e sintomas de uma doença, mas porque demandam, da parte dos profissionais, um atendimento calcado no saber profissional sobre as necessidades dos clientes e a compatível execução dos procedimentos requeridos ou prescritos.

As características das situações de enfermagem exercem, por si, importante influência na definição de qual o cliente mais grave de uma enfermagem. Em geral, partimos do pressuposto que, no interesse da enfermagem, é imprescindível o engajamento proposital de enfermeiras/os com as *situações-problema*, como entendidas nos termos da hospitalização. Via de regra, à medida que elas se particularizam nas condições dos clientes envolvidos, alteram-se em *seus* graus de complexidade não só de ordem biológica (quadro clínico), mas também variam em razão de fatores psicológicas, ambientais e outros aliados à execução de procedimentos terapêuticos ou de cuidados de enfermagem.

Em realidade, precisamos definir, primeiramente, o significado de *situação-problema*, para a enfermagem, na prática assistencial hospitalar. Para tanto, é necessário tomar por base a própria situação de enfermagem. A princípio, a palavra *situação* equivale à condição de situar-se ou localizar-se o cliente em determinada realidade espacial e temporal. Também pode significar a realidade contingente, a partir da qual se define a posição ou estado do ser do cliente que se encontra disposto, determinado, ou lançado em uma certa conjuntura³. Em termos filosóficos, a *situação* é definida como aquela realidade pela qual se entende “ (...) a relação do homem com o mundo, na medida em que limita, condiciona e, ao mesmo tempo, fundamenta e determina as possibilidades humanas como tais” (ABAGNANO, N.; 2000, p.910).

Vale destacar que, em Filosofia, “a situação é uma das dez categorias *aristotélicas*, designando - o termo *categoria* - o predicado *fundamental* de uma coisa, de um objeto, ou o modo de ser do sujeito, por exemplo, como ele está: deitado, sentado, etc” (HESSEN, 2003, p.139). Assim, “(...) as categorias são, além de *substância* (o próprio sujeito): quantidade, qualidade, relação, lugar, tempo, posição, estado ou *situação*, ação e paixão ”. Nesse sentido,

³ Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. Mini Aurélio - O Dicionário da Língua Portuguesa. Curitiba: Editora Positivo, 2005.

as categorias conferem com as determinações mais diretas do objeto, correspondem às estruturas objetivas do ser - concepção filosófica objetivista – e são formas do pensamento, determinações do pensamento – concepção filosófica apriorística – (HESSEN, 2003, p. 135).

Ao refletirmos sobre essas concepções filosóficas, consideramos que a expressão situação-problema envolve muitos elementos, abrange aspectos que transcendem o que se pode perceber, o que conhecemos ou vivenciamos em qualquer momento da vida. Segundo Macedo (2002, p.113), por exemplo,

“Viver sempre [confere com a idéia de totalidade de] uma situação-problema. Nossos antepassados, ... apesar de sua grande vontade de sobreviver, dispunham de poucos recursos (sobretudo tecnológicos) para isso. Podia haver falta de comida, o sol às vezes queimava e nem sempre iluminava ou aquecia a vida. Sabemos que ainda hoje isso ocorre para a maioria de nós. O mesmo vale para cada criança que nasce. Como mamífero, herdou o poder de ordenhar, mas seu reflexo está adaptado para uma mama da espécie. Contudo, em uma relação particular, como assimilar o leite, construindo sobre o reflexo da sucção, um esquema psicológico acomodado às características físicas e socioculturais daquela que alimenta a criança? Depois disso, mal tendo aprendido a mamar, logo nascem os dentes, o leite diminui ou seca, criando um novo contexto ou recorte para o qual os processos anteriores de acomodação agora são insuficientes. Diante dessa nova situação, como mobilizar recursos, alterar hábitos, atualizar esquemas de ação? Assim também acontece em outros momentos de nossa vida: mal nos tornamos adultos e precisamos refletir, tomar decisões relacionadas ao nosso envelhecimento”.

Refletindo sobre o significado de situação-problema, a citação referida nos mostra que a mesma ocorre em todas as etapas do processo de vida e está sempre presente nos momentos em que o ser humano necessita enfrentar obstáculos para se adaptar, tomar decisões e buscar soluções para seu crescimento e aprendizagem. Viver é algo amplo e intenso, que envolve a existência humana, seus espaços, cultura, costumes, acrescentando desafios diversos. De acordo com o autor, uma característica importante da situação-problema é desafiar-nos para uma realização, de um lado, estruturada pelas coordenadas que lhe dão possibilidade e, de outro, que se expressa, de pronto, em termos de aqui e agora. Contudo, - segundo Carvalho (2002, p.114) - ,

“Um dos obstáculos de uma situação-problema é articular diversidade com singularidade. Diversidade porque sua álgebra pode ser expressa de muitos modos, ainda que cada caso seja único e demande uma compreensão que nunca se repete em sua singularidade.”

Quando pensamos na prática assistencial de enfermagem, é interessante observar onde ocorre tal articulação da diversidade com a singularidade. Vários clientes com o mesmo diagnóstico médico manifestam aspectos distintos, e que, em cada caso, caracterizam uma “situação-problema” particular, singularizada, que poderá estar relacionada a quaisquer fatores, seja de ordem pessoal, emocional, institucional, ambiental, entre outros. Por exemplo, efetuar um *banho no leito*, ou auxiliar em um banho de aspersão, pode significar a distinção da função da Enfermagem frente às situações-problema. Fazer um curativo, administrar medicamentos, conversar com um cliente, podem significar procedimentos que se repetem, cotidianamente, em muitas situações de enfermagem. Mas, o que não se repete é a relação da enfermeira com a situação-problema e a execução de um mesmo procedimento - (auxílio no banho de aspersão ou a execução de um banho no leito) - com a necessidade particular de cada cliente (tais como descritas na situação-problema I e na situação-problema II).

Nesse sentido, Carvalho (2006, p.171), ao discorrer sobre obstáculos e implicações na abordagem às situações de enfermagem, descreve as características das situações-problemas da seguinte forma:

“(...) As situações comportam componentes como a totalidade, as coisas ou fatos, o lugar, a duração, e os personagens. Mas cada situação é única, embora as situações de enfermagem possam assemelhar-se entre si. Isto permite que se aprenda com os dados da experiência concreta. As dificuldades na abordagem situacional surgem em razão de fatores ligados à ambiência social, ao índice crescente de transformações, às novidades e transitoriedade das coisas, às implicações psicológicas relativas aos erros de percepção, às dificuldades de adaptação, à incapacidade de fazer

escolhas, e talvez a uma certa falta de coragem para assumir os riscos e os desafios de nosso tempo”.

Nossa compreensão do assunto firma-se na proposição de Carvalho (...), especialmente em que pese as dificuldades da abordagem situacional, posto que “ (...) *as situações-problema, em sua estrutura, envolvem: personagens; duração dos acontecimentos, espaço/ambiente (com transformações, novidades, transitoriedade, implicações, adaptações, incapacidades*”. É necessário identificar (clarear), pois, nesta investigação, as dificuldades das situações de enfermagem, as condições específicas dos clientes e os aspetos distintivos que podem diferenciar uma dada situação-problema de uma outra qualquer, e como elas se manifestam na prática assistencial de enfermagem.

A autora ressalta, ainda, que “(...) *as “situações de enfermagem são todas as situações humanas, na esfera do agir profissional, não importando a dimensão espaço-tempo em que elas se encontram e nem as distinções existentes nas pessoas assistidas*”. E acrescenta que essas *situações* podem ser encontradas nos domicílios, nas escolas, e também nos demais espaços institucionalizados ou não (CARVALHO, 2006, p.170).

Na definição de Carvalho e Castro (1985), ***situações de enfermagem*** “(...) *são o conjunto de circunstâncias da realidade espacial e temporal que afetam a saúde de indivíduos, grupos ou comunidades e em cuja esfera ocorre o encontro do enfermeiro com seu cliente*”. Vale registrar que as situações diferem, às vezes, quanto ao *grau* de complexidade não apenas porque relacionadas com a sintomatologia do cliente, mas talvez pela soma das dificuldades na proporção de elementos presentes na trama do que ocorre em torno do cliente, elementos percebidos na experiência prática e que dão o sentido de *problema* à situação de enfermagem – entendida, também, como situação clínico-assistencial - que envolve o cliente, com certo grau de complexidade.

Questões norteadoras:

Assim sendo, foram formuladas as seguintes questões que nortearam este estudo:

- Que elementos ou condições permeiam as situações de enfermagem de forma a determinar um *grau* de menor, média ou maior complexidade?

- Como a complexidade, nas situações de enfermagem, pode ser definida pelas enfermeiras na prática assistencial?

Vale dizer que uma situação de *maior* complexidade nem sempre é a que se encontra *situada* somente nas unidades de terapia intensiva. Os clientes graves, por suposto, podem ser encontrados em qualquer unidade de cuidados intensivos. A distinção entre as situações de enfermagem por seus graus de complexidade pode se constituir como conferindo com *problemas* a serem definidos. Na prática assistencial, o que se observa em geral é que a complexidade de uma situação é muito mais compreendida como acoplada/ajuntada, ou ao somatório do aparato tecnológico ou à execução de procedimentos de enfermagem. Mas o que destacamos, por exemplo, é que a situação de um cliente entubado e conectado à prótese respiratória, com cateter de artéria pulmonar, nem sempre pode ser considerada de *maior* complexidade em relação à situação de outro cliente hospitalizado em qualquer setor de clínica médica e que esteja somente com acesso venoso periférico. Às vezes, um banho de aspersão pode tornar-se mais complexo do que um banho no leito devido a diversos fatores relativos às condições de saúde do cliente e as suas reais possibilidades de se auto cuidar, fatores que interferem na dinâmica do cuidado de enfermagem e no encontro *enfermeira-cliente* em qualquer ambiente sob controle da assistência de enfermagem.

De acordo com Carvalho (1973, p.103):

(...) “as situações de enfermagem, com todos os seus fatores influentes e intercorrentes e perfeitamente inter-relacionados, não podendo ser pré-elaboradas, automaticamente observadas e arbitrariamente rotuladas, fatalmente terão de configurar-se a partir das próprias funções dos enfermeiros; fora desta perspectiva elas não têm sentido. Evidentemente, os enfermeiros, através do criterioso desempenho de suas funções, sejam quais forem as realidades em que se encontrem engajados, em vez de meros expectadores ou executores, tornam-se efetivamente os criadores e modeladores das situações de enfermagem que vivem, e de que participam”.

Nestes termos, compreendemos que a concepção de situação-problema abrange fatores intrínsecos e extrínsecos no plano do *que-pensar* e do *que-fazer* das enfermeiras, em sua própria prática. E a noção de *complexidade* aliada ao entendimento do conceito desta palavra, de uma forma geral, se deve, também, por suposto, às dificuldades das enfermeiras em identificar os problemas de enfermagem - evidentes e não-evidentes - na prática assistencial (ABDELLAH, 1961). Com efeito, haja vista todos os elementos que influenciam, ou podem influenciar, nas decisões e intervenções de enfermagem, estabelecendo um certo tipo de complexidade durante a realização dos cuidados na prática de enfermagem. De acordo com Abdellah (1960, p.06), os problemas de enfermagem evidentes (*overt nursing problem*) condizem com *condições* enfrentadas pelo cliente e família, e nas quais a enfermeira pode assisti-los, ou ajudá-los, mediante o desempenho de suas funções profissionais (por exemplo: um cliente com úlcera de decúbito requer cuidado pela enfermeira para promover a cicatrização e/ou prevenir o surgimento de outras úlceras). Mas não é só isto. Um problema de enfermagem não-evidente (*covert nursing problem*) confere com uma condição oculta, escondida, encoberta, mas enfrentada pelo cliente, às vezes sentida pela família, e em face da qual a enfermeira pode assisti-los ao desempenhar suas funções profissionais (por exemplo: um indivíduo traqueostomizado que, mesmo de retorno ao domicílio, está impossibilitado de dormir à noite pela ansiedade de ficar sozinho e sem poder pedir ajuda caso a cânula fique obstruída com secreções). De acordo com a autora, o problema de enfermagem “não-evidente” é a ansiedade do cliente, nem sempre demonstrada também pela família, e cabe à enfermeira encontrar

ocasião de instruir cliente e família, orientando-os sobre os meios para aliviar a ansiedade e proceder à desobstrução da cânula. Os problemas “não-evidentes” são complexos, mormente porque podem se seguir de outras complicações e, assim, mais difíceis de serem identificados, visto que a própria singularidade do ser humano (cliente e família) ressalta-se pelas individualidades. Cada indivíduo, via de regra, está mais preocupado com seus problemas particulares; e isto se deve ao progresso biológico e tecnológico, pelo qual o homem vive, mas não consegue experimentar subjetivamente os fatos numa visão de totalidade. Segundo Huxley (1982, p.126).

“(...) Ao menos teoricamente, deveria ser possível para o indivíduo ter uma experiência subjetiva direta do progresso e, até certo ponto, isso acontece. Porém, não experimentamos uma ação progressiva. (...) A vida humana em si é não-progressiva, ou seja, avança até certo ponto, permanece num planalto, depois desce”.

Para o autor, a vida humana em si é não progressiva porque queremos viver em nossa vida pessoal, isolada e ilhada. Sendo assim, temos que compreender o contexto do mundo em que vivemos em sua totalidade, não entender *as partes* para depois visualizar *o todo*, e sim a situação como um todo a partir dos problemas que se apresentam em um momento específico.

O próprio autor ressalta que

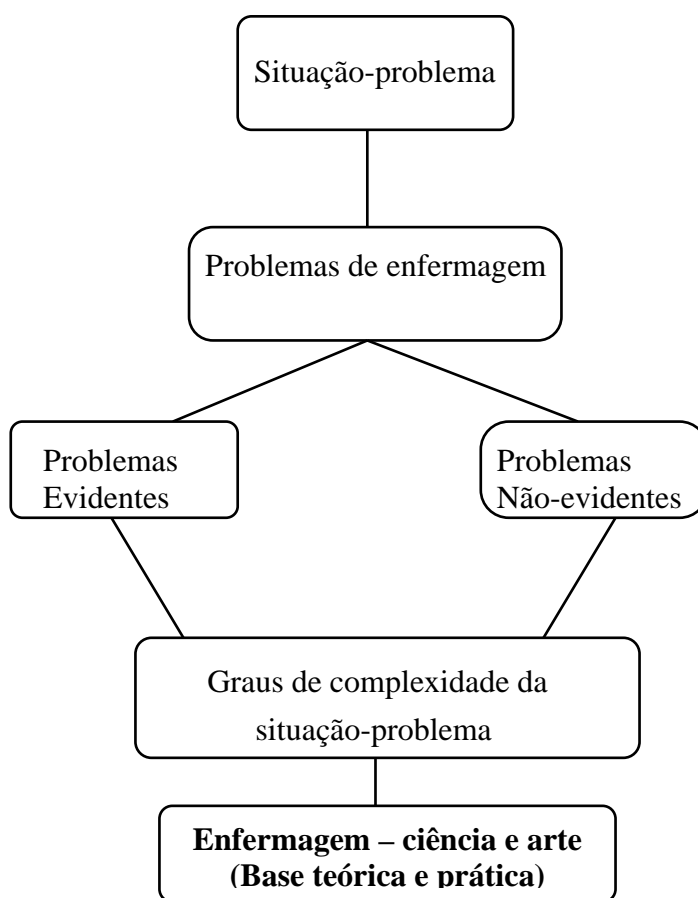
(...)“Para uma criança nascida hoje, a televisão e aviões a jato são parte da ordem das coisas. Ela não tem idéia do tipo de mundo em que os adultos, mais idosos, foram criados, um mundo de cavalos e trens, - de épocas anteriores -, embora essas coisas, que para ela [a criança] são curiosos legados neolíticos, ainda existam. Essa é outra razão pela qual é muito difícil experimentarmos o progresso subjetivamente, como se experimentam outros aspectos da vida pública e histórica; a maior parte de nós preocupa-se apenas com os fatos de nossas vidas privadas, relações familiares, brigas, ciúmes, compaixão, sexo e mexericos. Estamos unicamente envolvidos na vida da molécula, não na vida do gás (HUXLEY, 1982, p.127).

O significado da situação humana relaciona-se não apenas com a prática de enfermagem. A partir da compreensão das palavras de Huxley (op.cit.), podemos inferir que as enfermeiras manifestam dificuldades de identificar os problemas de enfermagem no contexto da situação do cliente, num determinado momento, local, tempo e relacionamentos envolvidos. Quase sempre os problemas são identificados em suas ligações ou com o aparato tecnológico ou com os procedimentos técnicos executados, mesmo os de rotina. O entendimento, adequado ou inadequado, da complexidade resulta, quase sempre, de uma forma de compreensão insuficiente em relação aos aspectos que envolvem emoções, angústias ou outros sentimentos que requerem não só conhecimento teórico das enfermeiras, mas também a sensibilidade de *corpo* para trabalhar junto ao cliente e, ao mesmo tempo, saber tomar decisões apropriadas para a solução dos problemas presentes na situação de enfermagem.

O organograma, a seguir, demonstra nosso entendimento acerca do que consiste as *situações de enfermagem*:

Organograma I⁴

Desdobramento conceitual de situação-problema: consequências e repercussões



Conforme o organograma, as *situações de enfermagem* incluem os problemas de enfermagem identificados (evidentes ou não-evidentes). Nas tentativas de identificar os problemas de enfermagem, os cuidados básicos ou especializados de enfermagem funcionam como recursos que propiciam a elucidação das dificuldades inerentes aos ditos problemas. Para tanto, as enfermeiras à custa de procedimentos burocrático-administrativos, direta ou indiretamente, ajudam o cliente e famílias. Os problemas evidentes, como também os não-evidentes, permeiam todo o processo de enfermagem e podem estar presentes em relação a aspectos individuais do cliente no que tange à doença, família, aspectos clínicos (sintomatologia), aspectos ambientais ou institucionais ou outros. Para a compreensão do desdobramento conceitual de situações-problema, Carvalho (2006, p.172) explica que a

⁴ Organograma elaborado pelas autoras.

metodologia de resolução de situações-problema inclui: abordagem inicial à situação; levantamento (coleta de dados) da ambiência e do cliente; diagnóstico/descrição da situação de saúde (ambiente e cliente); planejamento das intervenções para resolução dos problemas identificados; execução das intervenções e avaliação da ajuda prestada. Os problemas pertinentes às situações devem ser objetivamente resolvidos por graus de complexidade. Os cuidados de enfermagem são prestados, tanto quanto possível, conforme a sistemática do processo de enfermagem e de modo a atender especificamente às necessidades dos clientes e famílias. Além disso, o *que-pensar* e o *que-fazer* das enfermeiras devem se pautar pelos princípios científicos e conhecimentos fundamentais de Enfermagem – ciência e arte.

Ainda pode-se dizer que a *situação-problema* abrange o *todo* nas *partes* metodologia de resolução de problemas sem perder de vista a sistemática do processo de enfermagem, e que envolve elementos perceptíveis, ou não, em um conjunto de fatores envolvidos. Nesse sentido, cabe atentar para Perrenoud (2002), quando ele afirma que:

(...) “as situações-problema caracterizam-se por recortes de um domínio complexo, cuja realização implica mobilizar recursos, tomar decisões e ativar esquemas. São fragmentos relacionados com nosso trabalho, com nossa interação com as pessoas, nossa realização de tarefas, nosso enfrentamento de conflitos. Referem-se, pois, a recortes de algo sempre aberto, dinâmico, e como tal, repetem aquilo que é universal no problemático e fantástico que é a vida, entendida como exercício das funções que a conservam no contexto de suas transformações”.

Por conseguinte, partimos do pressuposto de que as *situações-problema* fazem parte não somente do processo de enfermagem, mas, de fato, do cotidiano das enfermeiras no panorama assistencial. Porém, o que se possa compreender por *grau* de complexidade de uma situação-problema não abrange apenas os sujeitos envolvidos, mas os cuidados de enfermagem e os fatores relacionados ao ambiente, mais claramente destacados e outros talvez obscuros, que podem interferir ou não na abordagem da enfermeira ao cliente durante a assistência. Assim, as situações como “recortes de um domínio complexo”, se comparadas analiticamente, entre si, certamente poderão interferir nas decisões das enfermeiras, e podem comprometer a compreensão de todo o contexto assistencial. Assim, as

decisões de enfermagem podem, por sua vez, ser mais ou menos complexas, em vista do próprio entendimento do que possa estar interferindo em qualquer protocolo de tratamento pré- estabelecido.

Ainda refletindo sobre a complexidade, Morin (1994, p.30-33) afirma que:

“(...) a complexidade é a união da simplicidade com a complexidade. (...) Complexus significa o que é ‘tecido junto’. O pensamento complexo é o pensamento que se esforça para unir, não na confusão, mas operando diferenciações. (...) É um pensamento capaz de unir e diferenciar. É uma aventura, e muito difícil. Mas se não o fizermos, teremos a inteligência cega, a inteligência incapaz de contextualizar”.

Depreende-se, do ponto de vista de Morin, que o pensamento complexo constitui uma forma de abordar a totalidade. De um modo geral, sua proposta tem a ver com a complementaridade e a transacionalidade entre as concepções *linear* (reducionista) e *holística* (sistêmica). Nas palavras do autor, seu propósito “não é dissolver o ser, mas compreender o ser, a existência e a vida com a ajuda também do sistema”. Em plano de realidade, a complexidade é o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem [as situações humanas] nosso mundo fenomenal, e apresenta-se com os traços inquietantes da confusão, do inextricável, da desordem, da ambigüidade, da incerteza. Daí a necessidade, para o conhecimento, de pôr ordem a fenômenos ao rejeitar a desordem, de afastar o incerto, isto é, de selecionar os elementos de ordem e de certeza, de retirar a ambigüidade, de clarificar, de distinguir, de hierarquizar os elementos constituintes da complexidade (MORIN, 1994, p.17-19).

Assim, a situação-problema por si só já possui uma certa complexidade, de vez que reúne tudo que está em torno do cliente e ambiente. Uma classificação em graus de complexidade complementarará as demais pesquisas relacionadas ao tema e contribuirá para as bases diagnósticas de enfermagem.

A partir dessas reflexões e com inquietações sobre a dificuldade em se definir, na prática assistencial, o que é *grau* de menor, média e maior complexidade nas situações de enfermagem, entendemos a oportunidade desta investigação e estabelecemos como ***objeto de estudo***: -

Classificação de situações de enfermagem por graus de complexidade – menor, média e maior - envolvendo clientes hospitalizados com base na perspectiva diagnóstica das enfermeiras

Para favorecer os registros pertinentes à perspectiva diagnóstica, como possivelmente visada nas palavras das enfermeiras, nesta investigação, foram delimitados os seguintes *objetivos*:

- a) Identificar *graus* de complexidade de situações-problema de clientes hospitalizados segundo termos aliados à perspectiva diagnóstica das enfermeiras;
- b) Analisar as respostas das enfermeiras em relação aos dados/fatos extensivos aos termos de *graus* de complexidade das situações-problema dos clientes hospitalizados;
- c) Descrever os *graus* de complexidade – menor, média e maior - das situações de enfermagem conforme a definição classificatória obtida mediante respostas das enfermeiras, com vistas às repercussões para o ensino e a pesquisa na área de enfermagem.

- Justificativa e relevância do estudo

Sobre a relevância deste estudo, é necessário enfatizar que, segundo Carvalho (2006, p.169) :

“ A ENFERMEIRA atua como fulcro de um PROCESSO, do qual emerge a prática total da ENFERMAGEM, entendida como a CIÊNCIA e a ARTE DE AJUDAR a indivíduos, grupos e comunidades, em SITUAÇÕES nas quais não estejam capacitados a prover o AUTOCUIDADO para alcançar seu nível ótimo de SAÚDE”.

A partir desta concepção da enfermeira em relação à prática assistencial pode-se entender o quão fundamental é a identificação dos problemas de enfermagem entorno da situação-problema do cliente, estando este hospitalizado ou não. Principalmente, para a assistência de enfermagem, ensino e demais pesquisas de Enfermagem Fundamental, a fim de

melhor estabelecer as intervenções de enfermagem e identificar como, na assistência, as enfermeiras entendem a complexidades dos problemas dados naquele determinado momento.

Acreditamos que este estudo poderá ajudar na compreensão do processo ensino-aprendizagem, onde aprendemos que a abordagem ao cliente é *situacional*.

Carvalho (2006, p. 171) ressalta que:

“(...) as dificuldades na abordagem situacional surgem em razão de fatores ligados à ambiência social, ao índice crescente de transformações, às novidades e transitoriedade das coisas, às implicações psicológicas relativas aos erros de percepção, às dificuldades de adaptação, à incapacidade de fazer escolhas, e talvez a uma certa falta de coragem para assumir riscos e os desafios no nosso tempo”.

Realizar uma classificação de situações-problema pode ser uma etapa inicial de nossa pesquisa na contribuição para o ensino dos acadêmicos, para reforçar na identificação dos problemas de enfermagem, e, também, na construção de um conhecimento com pensamento crítico e aprendizagem em relação a todos os fatores que podem interferir no processo saúde-doença e na relação enfermeira- cliente. A identificação do grau de complexidade a partir das situações e o uso dos 21 problemas de Abdellah reforça as bases diagnósticas, nas pesquisas de enfermagem, uma vez que o uso das atuais taxonomias de diagnósticos de enfermagem ainda carece de definições acerca do que observamos na prática assistencial.

2) Enquadramento teórico

Nas literaturas de enfermagem pesquisadas, encontramos diversos artigos relacionados aos temas de *classificação e complexidade* de cuidados. Porém, em se tratando da relação desses temas com a questão das situações de enfermagem, realizamos uma busca pelos principais sites (Bireme; Medline; Banco de Teses da CAPES; Scielo, Lilacs; Google; BDENF e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS), e identificamos a escassez de artigos sobre a temática desta pesquisa. Em termos quantitativos, o descritor mais significativo para nosso estudo nos forneceu cerca de 377 artigos, abrangendo - *sistemas de classificação de pacientes* – que, após o “refinamento” com o termo: *classificação de pacientes na enfermagem*, foram encontrados 43 artigos na BDEN e 54 na LILACS. No Banco de teses da CAPES, sob o mesmo descritor, encontramos um total de 62 artigos. Então, o descritor *classificação de situações e/ou pacientes por graus de complexidade* teve como resultado – zero (0) artigos em todos os sites de busca.

Em nosso levantamento bibliográfico, verificamos que, em termos de sistemas de classificação, os trabalhos pioneiros estão relacionados à literatura norte-americana com Faye Abdellah, Virgínia Henderson e Mac Cain. Essas autoras podem ser consideradas as precursoras das taxonomias atuais, como NANDA (North American Nursing Association) - Sistemas de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem; NIC (Sistemas de Classificação das Intervenções de Enfermagem e NOC (Sistema de Classificação de Resultados do paciente). Contudo, cabe admitir que a preocupação com a idéia de classificação de pacientes é *nightingaleana*.

É importante destacar, entretanto, que, ao longo dos séculos, a Enfermagem vem se desenvolvendo, desde os tempos das civilizações mais antigas, onde mulheres, religiosas ou não, se dedicavam ao cuidado dos clientes com o objetivo de salvar suas almas. A partir do

século XIX, em 1859, como fundadora da Enfermagem Moderna surge Florence Nightingale com sua *moderna* concepção de enfermagem, *novos* conceitos de atenção centrada no ambiente, e o cuidado aos enfermos foi deixando de ter conotações religiosas, passando a priorizar o controle higiênico e terapêutico do meio ambiente e das pessoas envolvidas.

Com efeito, Florence preocupou-se em demonstrar “*o que é e o que não é enfermagem*”, através da preparação formal e sistemática das enfermeiras que, além da aquisição de conhecimento distinto daquele buscado pelos médicos, ganha importância essencial graças à capacidade de *observação* dos clientes pela enfermeira, conferindo à enfermagem um caráter intelectual, científico e organizacional.

2.1) Sobre as classificações/taxonomias de diagnósticos de enfermagem

Consideramos importante descrever, aqui, a trajetória da criação dos Sistemas de Classificação em Enfermagem, principalmente para justificar a escolha do referencial teórico do estudo. Os modelos de classificação existentes sofreram muitos avanços nas últimas três décadas, são recentes, não se podendo afirmar, contudo, que já exista um sistema de classificação validado para a prática de enfermagem (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Na Enfermagem, as tentativas de **classificação** têm surgido desde o início do século XX. A literatura evidencia que a primeira classificação relevante para a prática de enfermagem foi desenvolvida nos Estados Unidos em 1960. O propósito maior aliava-se ao diagnóstico dos problemas dos clientes e sua coerência com o ensino de Enfermagem. **Os 21 problemas de Abdellah**, como ficou conhecida esta primeira classificação, descrevem os requisitos da função da enfermeira e os objetivos terapêuticos da profissão, em seu desenvolvimento, e tiveram como focos principais as necessidades do cliente e os problemas de enfermagem, também considerados os modelos vigentes na década de 50 (GORDON, 1994 *apud* NÓBREGA e

GUTIÉRREZ, 2000).

Assim, Faye Abdellah *et al*, em 1961, classificam os principais problemas de enfermagem, alguns como *evidentes* e outros *não-evidentes*, e afirmam que o desenvolvimento das ações de enfermagem consiste na (re)solução desses problemas. A seguir, em 1962, Virgínia Henderson descreve os “Princípios Básicos de Enfermagem”, dentre os quais destaca a atenção e a ajuda ao cliente na respiração, alimentação, higiene pessoal, eliminação, sono e repouso, conforto, riscos ambientais, prevenção de infecção, auxílio na comunicação, atividades recreativas, aprendizado e religião.

Além disso, Henderson elaborou uma lista com 14 necessidades humanas básicas, as quais não representam propriamente os problemas de saúde dos clientes, mas as áreas nas quais os problemas podem ocorrer. Tais necessidades relacionam-se a qualquer cliente, podendo tanto servir de guia na promoção da saúde, como na prestação de cuidados de enfermagem. A atenção a esses cuidados é considerada por Henderson como funções de exclusiva competência das enfermeiras.

Segundo Gordon (1994), tanto a classificação de Abdellah como a tipologia de Henderson foram utilizadas na educação e na prática de enfermagem. Suas contribuições estimularam as enfermeiras a ir além da utilização da sistemática de funções de rotina e execução de tarefas, para a identificação de problemas que requerem cuidados de tonalidade terapêutica na enfermagem. Na perspectiva dessa autora, essas primeiras tentativas de classificação mudaram o enfoque da Enfermagem, que passou, desde então, a sublinhar a preocupação com a identificação dos problemas do cliente e, posteriormente, com os diagnósticos de enfermagem.

A Taxonomia da NANDA - North American Nursing Diagnoses Association - foi desenvolvida a partir de 1973 e é constituída por uma estrutura teórica - Padrões de Respostas

Humanas - que orienta a classificação e categorização dos diagnósticos de enfermagem no que tange às condições que necessitam de cuidados de enfermagem. O uso dessa taxonomia define o foco do cuidado de enfermagem e fornece aos profissionais exemplos de *como* a enfermagem difere de outras profissões da área de saúde. Os diagnósticos interpretados, em termos de títulos dados pela enfermeira para uma resposta humana, podem ser usados como ilustração do enfoque, desde então, assumido na Enfermagem (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

De acordo com as autoras, supra citadas, o trabalho da NANDA está estabelecido e, no presente, é o sistema de classificação mais utilizado, tendo sido traduzido e adaptado em várias línguas e para vários países com aprovação do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE/ICN, 1992). Graças às discussões e contribuições investigativas, esse sistema vem passando por transformações, principalmente em sua estrutura teórica, sendo elaborado, posteriormente, o **Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC** (*Nursing Interventions Classifications*) e o **Sistema de Classificação de Resultados do Paciente - NOC** (*Nursing-sensitive Outcomes Classification*).

O sistema NIC teve início em 1987 por um grupo de pesquisadoras do College of Nursing da Universidade de Iowa, EUA. Esta classificação apresenta uma estrutura taxonômica validada e codificada, que abrange *intervenções* de enfermagem voltadas para o *diagnóstico* de enfermagem da NANDA. Nessa classificação, a intervenção de enfermagem é definida como sendo qualquer procedimento ou tratamento de cuidado direto, baseado no julgamento clínico e no domínio do conhecimento científico e profissional. Dessa forma, com base em sua bagagem intelectual e experiências adquiridas, a enfermeira executa suas funções assistenciais em benefício do cliente; objetivando alcançar os resultados esperados, que incluem aspectos biofisiológicos e psicossociais (BULECHEK e McCOSKEY, 1992 *apud* NOBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

A classificação NOC pode ser considerada como um sistema complementar da taxonomia NANDA e NIC. Os conceitos são apreciados, medidos, ao longo de um *continuum*, o que significa que os resultados alcançados refletem uma condição real do cliente. Esta classificação representa uma lista de 190 resultados, com definições, indicadores e escala de mensuração utilizados tanto para clientes individuais, como para os membros da família. Os seus autores afirmam que é preciso lembrar que esse é um processo em desenvolvimento, o que implica que a lista atual de resultados não inclui *todos* os resultados que possam ser, possivelmente, alcançados, e que são importantes para a Enfermagem.

Assim, o objetivo principal desses projetos de classificação referidos visa à universalização da terminologia e da linguagem profissional, evidenciando os elementos significativos da prática de cuidar, mormente em que pese as intervenções de enfermagem. Em 1989, foi votada e aprovada - (CIE/ICN, 1992) - a proposta para desenvolver um projeto para estabelecer o *Sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE*. As justificativas para a elaboração desse projeto foram vinculadas, precisamente, à falta de uma terminologia específica e de um sistema de linguagem codificada, apropriadamente, para a profissão de enfermagem. Haja vista a necessidade de evolução da prática da Enfermagem, a exemplo de dados confiáveis para a formulação de políticas de saúde, relativamente à contenção de custos, informatização dos serviços de saúde, elevação dos qualitativos e quantitativos de padronização, tudo compondo com a necessidade urgente de se dispor de uma linguagem capaz de descrever e comunicar as atividades de enfermagem (ICN, 1992).

Em 1996, o Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) publicou e divulgou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - *Versão Alfa*, que inclui uma tipologia de fenômenos e ações de enfermagem (já existente, mas agora os fenômenos são agrupados e hierarquizados em uma nova combinação). Esta versão tem a ver, primeiramente,

com o domínio do cliente, não importando sua condição de ser humano ou sua situação no meio ambiente. Nesta classificação, estão listados 293 fenômenos de enfermagem.

A classificação das intervenções de enfermagem representa o domínio das ações realizadas pelas enfermeiras em relação aos fenômenos de enfermagem e, assim, foi construída também uma classificação multiaxial, na qual o termo do ápice se subdivide segundo o princípio geral de divisão em eixos, os quais são: ação, objeto, enfoque, meio, lugar do corpo, e tempo (NÓBREGA e GUTIÉRREZ, 2000).

Em julho de 1999, o CIE/ICN publicou a *Versão Beta* da CIPE, tendo como foco central a prática de enfermagem como um processo dinâmico sujeito a mudanças. Os elementos principais são: os Fenômenos de Enfermagem, as Ações de Enfermagem e os Resultados de Enfermagem. O fenômeno de enfermagem é definido como “*aspecto de saúde de relevância para a prática de enfermagem*“, e, diagnóstico de enfermagem é definido como “*um título dado pela enfermeira para a decisão sobre um fenômeno de enfermagem, que é o foco das intervenções de enfermagem*“ (CIE/ICN, 1999).

As Ações de Enfermagem incluem eixos que destacam como a seguir:

“(…)

- *tipo de ação*;
- *alvo* (significando a entidade que é afetada pela ação de enfermagem);
- *meio* (entidade usada na execução de uma ação de enfermagem, podendo incluir instrumentos definidos, como as ferramentas utilizadas no desenvolvimento de uma ação de enfermagem);
- *serviços* (definidos como trabalhos específicos ou planos utilizados quando se desenvolve uma ação de enfermagem);

- *tempo* (orientação temporal de uma ação de enfermagem);
- *topologia* (região anatômica envolvida de uma ação de enfermagem);
- *localidade* (orientação espacial anatômica de uma ação de enfermagem, incluindo local do corpo);
- *via* (caminho onde a ação de enfermagem é executada);
- *beneficiário* (significando a entidade que recebe as vantagens de uma ação de enfermagem)”.

Por fim, os Resultados de Enfermagem têm como propósito identificar e distinguir as contribuições específicas de Enfermagem, numa perspectiva dos resultados dos cuidados de enfermagem na assistência à saúde. Estes são vistos como uma mensuração da mudança de um diagnóstico de enfermagem num período determinado de tempo, e após a formalização das intervenções de enfermagem (CIE/ICN, 1999).

Algumas pesquisas sobre Sistemas de Classificação ressaltam que estes são necessários, todavia, não representam em termos de suficiência o *que* as enfermeiras, de fato, realizam em sua prática de cuidar. De certa forma, os autores destas pesquisas apontam falhas nas taxonomias de diagnóstico existentes, por possuírem características reducionistas em relação ao modelo biomédico (HENRY e MEAD, 1997).

Segundo Medina e Esteban (2006, p.315),

(...) “A Medicina tem reduzido a vida humana a uma desordem biofisiológica e cada um dos avatares da vida, em signos que acabam por não terem mais valor que nos discursos e monólogo fechado da Medicina consigo mesma. Feita essa redução, o doente é confinado e retirado das paredes do hospital, de onde, de sujeito social é reduzido a um objeto de conhecimento”.

Os autores questionam que essas taxonomias realizam a mesma operação redutora e alienante que o saber biomédico, e destacam que não se pode ignorar que a realidade é holística; não vale analisar somente os problemas fora do contexto no qual eles surgem. Afinal,

(...)

“Omitir a vivência subjetiva, como fazem com frequência os diagnósticos de enfermagem codificados em diversas taxonomias, implica que, quando se observa e interroga ao corpo em sua dimensão orgânica, este já não nos diz nada do sentido da doença, mas sim produz uma linguagem que somente tem sentido e valor no interior dos processos de validação diagnóstica. É um olhar que nos iguala e homogeneiza antes do padecer e da finitude. Porém, se a morte ignora a modulação individual, o saber do enfermeiro não pode fazê-lo. E não porque cada pessoa reage [de modo] diferente aos problemas de saúde, e sim porque a linguagem universal e abstrata das taxonomias diagnósticas é incapaz de captar a individualidade concreta das vivências da doença” (MEDINA e ESTEBAN, 2006, p.317).

Os mesmo autores comentam, ainda, que o cuidado em saúde, – em nosso caso o cuidado de enfermagem -, se compõe de situações e processos de diferentes graus de complexidade, situações carregadas de ambigüidades e incertezas, nas quais aparecem conflito de valores que conduzem a dilemas e contradições.

Neste estudo, que traz aqui uma proposta singular de identificar as situações-problema e classificá-las, optamos em utilizar a classificação de Abdellah (1961), que, de certa forma, inclui os princípios básicos de enfermagem ressaltados por Henderson (1960). Além de que desejamos obter melhor compreensão do termo situação-problema na enfermagem, pensamos que a lista dos 21 problemas de Abdellah pode ser favorável à perspectiva das situações de enfermagem descritas por graus de complexidade. A classificação resultante, mesmo sendo *preliminar* para outras pesquisas de enfermagem, poderá (talvez) servir de complementação aos estudos já referenciados.

2.2) Classificação de clientes por graus de complexidade

As pesquisas publicadas nas literaturas de enfermagem que possuem certa aproximação com o tema desse estudo descrevem principalmente uma abordagem ligada à complexidade de

clientes, não direcionada às situações da prática assistencial. Em nosso levantamento bibliográfico, verificamos que o conceito de Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) por graus de complexidade tem sido utilizado com vistas à prática *gerencial* do enfermeiro, a partir de 1960, sem maior preocupação com a natureza das situações que envolvem os ditos *pacientes*. Haja vista que - de acordo com Fugulin (2005, p.73) -

“ O Sistema de Classificação de Pacientes contribuiu para o aperfeiçoamento dos modelos utilizados para a determinação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que evidenciava a variação do tempo médio de trabalho de enfermagem dedicado aos pacientes classificados nas diferentes categorias do cuidado, possibilitando, também, a adequação dos métodos até então utilizados na determinação dos custos da assistência prestada”.

Levando-se em conta os possíveis graus de complexidade das situações que envolvem os clientes, nota-se que o SCP determina, com efeito, o grau de dependência de um cliente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o quantitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do cliente (FUGULIN, 2005).

Segundo Giovanetti (1979), o SCP é definido como um sistema que permite a identificação e classificação de pacientes em *grupos* de cuidados, ou categorias, e a quantificação desses cuidados por categorias como medida dos esforços de enfermagem requeridos. Os estudos acerca da criação de instrumentos que permitem classificar clientes segundo o grau de dependência aparecem, desde 1994, com Fugulin e *et al*, que desenvolvem uma classificação com base nos cuidados prestados/ofertados:

- **Cuidados intensivos** - clientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida; instabilidade de funções vitais, que requerem assistência de enfermagem e médica especializada;
- **Cuidados semi-intensivos** - clientes recuperáveis, sem risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requerem assistência de enfermagem e médica permanente especializada;

- **Cuidados de alta dependência** - clientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, que requerem avaliações de enfermagem e médicas, porém com total dependência das ações de enfermagem para atendimento das necessidades humanas básicas.

- **Cuidados Intermediários** - clientes estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem que requerem avaliações de enfermagem e médicas, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

- **Cuidados mínimos** - clientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Estas definições conferem com os termos de *disposições* regulamentares relativas à prática profissional que estão previstas na Resolução nº. 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, que define também, como grau de dependência, o nível de atenção quanti-qualitativa requerida pela situação do cliente que se encontra com demanda de cuidados mínimos, intermediários, semi-intensivos e intensivos.

Nesse sentido, Perroca (2004) criou um instrumento de classificação de clientes composto por 13 indicadores de cuidado *crítico*, que se estabelecem em relação às necessidades de cuidado de enfermagem:

- | | |
|--|-------------------------|
| 1) Estado mental e nível de consciência; | 8) Eliminações; |
| 2) Oxigenação; | 9) Terapêutica; |
| 3) Sinais Vitais; | 10) Educação à saúde; |
| 4) Nutrição e Hidratação; | 11) Comportamento; |
| 5) Motilidade; | 12) Comunicação; |
| 6) Locomoção; | 13) Integridade cutânea |
| 7) Cuidado corporal; | |

Cada um desses indicadores possui gradação de 1 a 5, apontando a *intensividade* do cuidado em grau de complexidade crescente, de forma que o valor 1 corresponde ao menor nível de complexidade assistencial e o valor 5, ao nível máximo de complexidade. O valor obtido

individualmente, em cada um dos indicadores, é somado e o valor total obtido é comparado com intervalo de pontuações propostos, conduzindo a uma das categorias de cuidado: cuidados mínimos (13-26 pontos); cuidados intermediários (27-39 pontos), cuidados semi-intensivos (40 - 52 pontos) e cuidados intensivos (53-65 pontos).

Os instrumentos de classificação de clientes, elaborados por Fugulin e Perroca, têm enfoque para o cliente hospitalizado. Ou seja, as autoras não abordam, especificamente, questões que possam interferir, de forma positiva ou negativa, na contingência e duração dos cuidados de enfermagem realizados. Por exemplo, em um dos estudos, Perroca refere que as enfermeiras sentiram falta de parâmetros para avaliar as situações dos clientes e que possam interferir na natureza do cuidado prestado, como acontece no cotidiano da assistência, quanto aos diferentes níveis de atenção, no momento da realização dos curativos.

Cabe ressaltar que os estudos relacionados ao SCP têm como meta contribuir para o gerenciamento de Enfermagem (proporção clientes *versus* profissionais de enfermagem e estabelecimento de parâmetros mínimos para o dimensionamento de profissionais nas instituições hospitalares). Não há no SCP, portanto, pesquisas com enfoque mais específico à área de Enfermagem Fundamental, onde prevalecem (...) *“elementos considerados básicos às ações profissionais de ajudar e assistir às pessoas e aos grupos humanos, nas situações mais gerais que interessam à saúde e à enfermidade”* (CARVALHO, 2003, p. 667).

Dessa forma, a aplicação desses instrumentos (já referidos) ainda possui certa limitação em termos de avaliação da complexidade relativa à situação do cliente hospitalizado. Para Tranquitelli e Padilha (2007, p. 06), a aplicação de tais instrumentos em um setor de Unidade de Terapia Intensiva não denota a complexidade do cliente crítico, a qual nem sempre consegue ser realmente dimensionada pelos instrumentos propostos, o que, lamentavelmente, limita sua utilização. Um dos motivos, por exemplo, seria que os instrumentos são extensos e a complexidade dos clientes hospitalizados também estaria relacionada à agilidade dos profissionais, pois o tempo é

uma variável fundamental para uma assistência de enfermagem eficaz.

Os estudos já realizados mostram que os Sistemas de Classificação de Pacientes foram inseridos, na prática hospitalar, como forma de avaliar a complexidade do cliente e de nortear o serviço burocrático - administrativo das enfermeiras, através da necessidade dos cuidados a serem realizados. Porém, na prática de prestar cuidados de enfermagem, principalmente no âmbito da assistência hospitalar, a *situação-problema* do cliente envolve outros aspectos que não se restringem somente à fisiopatologia da doença. À enfermeira, além de suas ações específicas do seu *que-fazer* junto aos clientes, cabe compreender a *situação de enfermagem* em sua totalidade, que abrange os elementos que podem influenciar a cada momento a realização dos cuidados e que acrescentam *certa* complexidade à situação do cliente. Nesse sentido, vale enfatizar Carvalho (2003, p. 666), quando comenta que compreende e aborda

(...) “a enfermagem numa dimensão de totalidade, sem prejuízo para qualquer das partes constitutivas que compreendem a atuação da enfermeira e de sua arte. Uma totalidade complexa, e da qual se pode apreender, perceber e compreender o que seja fundamental como uma abstração teórica que subsiste, na prática, enquanto componente essencial da mesma totalidade (enfermagem), o que, inclusive, lhe assegura o caráter de unicidade”.

Sobre a arte de cuidar na enfermagem, o conceito de totalidade é crucial para a noção de complexidade e pelos aspectos envolvidos. Um dos aspectos destacados diz respeito ao *cuidado com o corpo* (FIGUEIREDO e CARVALHO, 1999), aspecto que influi – positiva e negativamente – até nos parâmetros da administração das unidades de internação. Haja vista à questão dos quantitativos e qualitativos de pessoal de enfermagem, os quais interferem, por sua vez, na distribuição de exercentes para cuidar dos clientes e, portanto, acarretando problemas de interação, e de comunicação verbal e não-verbal. Com efeito, no universo da profissão de Enfermagem, a arte de prestar cuidado de enfermagem convém ao sentido de totalidade e a noção do que é *fundamental*. O certo é que a dimensão de totalidade e à noção do que é fundamental transcende a abrangência do *que-fazer* na enfermagem em todos os espaços do cuidar, e permeia todo o tempo

da atenção aos clientes.

Assim, esses aspectos referidos à totalidade nos mostram que há muito mais em torno da *complexidade*, seja pelo que se refere ao cuidado do cliente, ou pelo que se refere às situações de enfermagem que os envolvem. As pesquisas recentes possuem uma linguagem ainda voltada para um modelo biomédico. É interessante comentar que, dos estudos de validade dos instrumentos aplicados, o indicador *sinais vitais* foi o que apresentou menor peso fatorial, demonstrando *menor* importância na determinação da mudança da categoria de cuidado (PERROCA, 2004).

Outro estudo, utilizando o instrumento de classificação de complexidade assistencial, proposto por Fugulin *et al*, evidenciou que a diferença entre oferta de leitos e a demanda de cliente no setor de Emergência, por exemplo, causava desequilíbrio emocional nas enfermeiras, ou pela consciência de não poderem assistir, adequadamente, um número maior de clientes com uma complexidade assistencial intermediária, ou pelos conflitos com a equipe médica de plantão frente às tentativas de imposição das internações solicitadas (FUGULIN *et al*, 2005, p.76).

Vale ressaltar que essas autoras admitem que não conseguiram destacar, nessas pesquisas, a complexidade das situações de enfermagem (situações-problema), embora tenham alcançado informações sobre o perfil da assistência prestada aos clientes, além de que obtiveram resultados sobre a carga de trabalho em cada unidade de internação e assim como conseguiram ajustar os índices de distribuição dos leitos nas instituições frente à demanda da clientela.

Se, - de acordo com Carvalho (2003) -, a enfermagem condiz com uma *totalidade* complexa, as condições dos clientes comportam diversos aspectos que influem, significativamente, na compreensão das *situações de enfermagem* que constam, por sua vez, de diversos aspectos culminando com os graus de complexidade – menor, média e maior. E todos esses aspectos estão incluídos num contexto de ações, relações e particularidades que afetam os clientes, individualmente, e as enfermeiras que prestam os cuidados de enfermagem. A dificuldade das enfermeiras durante a assistência hospitalar inclui, muitas vezes, certa incompreensão das *reais*

necessidades de cada cliente, o que torna a situação de enfermagem mais ou menos “complexa”, principalmente quando se tem que lidar com algo imprevisível durante a assistência.

Na instância de tentar compreender e explicar o que seja a *complexidade*, alguns autores ressaltam que a mesma é produto de um exercício cognitivo - (produzir o inteligível) - e que é, também, sinônimo de *complicação*. Mas de acordo com Morin (2002, p.14),

(...) “A *complexidade não se reduz à complicação. É o problema da dificuldade de pensar, porque o pensamento é um combate com e contra a lógica, com e contra as palavras, com e contra o conceito. (...) Que na relação entre a parte e o todo, não é apenas a parte que está no todo, mas o todo que está igualmente na parte*”.

Para o autor, o pensamento humano é, às vezes, muito mutilante (ou que se engana), não porque tem informação insuficiente, mas porque não é capaz de ordenar as informações e os saberes. Para Moigne (1999, p. 48), quanto mais uma situação for percebida como *complexa*, maior deverá ser o domínio da inteligência necessária para dominá-la. E a inteligência é a ação de se entender mutuamente – a complexidade da inteligência e a inteligência da complexidade - (ação de se entender a si mesmo), o que só se consegue mediante repetidos exercícios de reflexão. Ou seja:

(...) “A *ação de representar uma situação, a ação de conhecer, a ação de ajustar permanentemente essa representação-conhecimento por processos que consideramos como a forma mais geral da coordenação de ações e operações*” (MOIGNE, 1999, p. 51)

O entendimento das situações de enfermagem por seus graus de complexidade talvez esteja relacionado, à capacidade de reflexão e à competência das enfermeiras na identificação de *problemas* do cliente e, também, à habilidade lógica de juntá-los (os problemas) em um contexto situacional (ambiente, cliente, família e outros). E isto, de forma que a enfermeira possa *pensar / refletir*, descrever a situação e, então, elaborar um plano de cuidados adequado para a resolução de uma situação específica. Identificar e compreender a necessidade específica de um cliente não é tão

fácil como possa parecer. É algo que está na *ordem* das funções e atributos de uma enfermeira, mas que, ao mesmo tempo, pode se encontrar na *desordem* de todo o processo intelectual de pensar as coisas no interesse da assistência de enfermagem, ou seja, tanto mais sério quando há elementos inclusos na *interação* e *reação* das pessoas, e na *organização* de todo o meio envolvendo o encontro *enfermeira-cliente*. Tenha-se na devida consideração que, para Moigne, (1999, P.58),

(...) “ *complexidade é a conjunção do ordenado previsível e do desordenado não previsível, de uma estrutura espacial instantânea visível e descritível e de programas de comportamento invisíveis e eventualmente não previsíveis*”.

Portanto, partimos do pressuposto que tais situações de enfermagem, na prática assistencial, envolvem muito mais do que impõem as necessidades do cliente à demanda dos cuidados de enfermagem. Então, o ordenado previsível e comportamento invisível podem ser comparados aos problemas de enfermagem evidentes e não-evidentes, já definidos nessa tese. Compreendemos que a dificuldade das enfermeiras possa estar (talvez) em saber lidar com essa junção do *previsível* e *imprevisível*, atribuindo de certa forma *algo* (ou grau) de menor , média ou maior complexidade em uma situação dada.

3) Metodologia

Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa e enfoque predominante para a busca de classificar situações-problema e seus graus de complexidade na analítica dos achados, tendo em vista as possíveis implicações para o ensino e a prática de cuidar. De acordo com alguns autores, “(...) a pesquisa qualitativa combina as naturezas científica e artística da enfermagem para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana. É um termo genérico que abrange uma multiplicidade de suportes filosóficos e métodos de pesquisa”. (Liehr ; Marcus, 2001, p. 123).

Nesse sentido, a abordagem condiz com um método que possibilite investigar o cotidiano para encontrar o que se sabe e o que se faz sobre as questões que estão na prática de cuidar, onde o convívio da pesquisadora com os sujeitos participantes poderia permitir a variedade de movimento que possibilite identificá-las. Embora as possibilidades de ação investigativa destas situações possam impor trabalhos com mais de um método, nessa experiência de busca, entendemos assumir certo risco quando tentamos compreender a prática das enfermeiras face à responsabilidade de trabalhar e fazer os diagnósticos de necessidades individuais e de prestar cuidados ao cliente.

Contudo, temos a consciência de que o método escolhido não nos autoriza, propriamente, a anunciar de antemão o ponto de chegada, embora saibamos onde o caminho do pensamento começa. Quanto a isso, Minayo e Deslandes (2004), não só no tocante à escolha do método, sobretudo no que diz respeito à posição do pensamento como caminho da situação atual, comentam (...)“No campo da saúde, devido à natureza de seu objeto, de sinergia entre processos objetivos e subjetivos, as múltiplas possibilidades de abordagem teórico-metodológicas se integram a um cenário epistêmico e complexo”.

Essa opção qualitativa também se apóia em Polit e Hungler (2004), porque favorece a busca da interpretação de palavras e das linguagens fundamentais da comunicação humana. As autoras

chamam a atenção para o método qualitativo, direcionado para a investigação dos significados das relações humanas e nas circulações de valores nelas existentes. É a busca de certo exercício de *poder*, de certa *sujeição* ao caráter disciplinar comum e na relação intersubjetiva nos cuidados da pessoa cuidada.

Além disso, o método qualitativo possibilita desenvolver a pesquisa como circunscrita à descrição de critérios predeterminados, – a exemplo dos *graus* de complexidade –, pois, nas situações de enfermagem, as manifestações do caráter de complexidade (menor, média e maior) são recorrentes, favorecendo ou dificultando a busca e a colocação dos dados para a discussão das situações-problema. É um risco a ser assumido na pesquisa qualitativa. Porém, esta escolha metodológica favorece, a nosso ver, as condições de se poder observar e descrever *o conhecer* nas práticas das enfermeiras, enquanto elas identificam os graus de complexidade nas situações de enfermagem.

Os momentos decisivos deste estudo dizem respeito a:

3.1) Elaboração do projeto para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Elaboramos um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (anexo), que incluiu objeto de estudo, objetivos, justificativa, esclarecimento antes e durante o curso da pesquisa, e metodologia (com a liberdade do sujeito para participar ou retirar-se em qualquer fase da pesquisa, além da garantia de sigilo que assegure a privacidade do mesmo). Assim, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF) nos termos do protocolo CAAE nº02120258000-08.

3.2) Cenário de coleta de dados

O cenário para a coleta de dados foi a clínica médica (setores masculino e feminino) do HUAP/UFF - Niterói. A opção preferencial pelos cenários da clínica médica justifica-se, a nosso ver, em vista de serem considerados compatíveis com a hospitalização de clientes envolvidos em situações que variam de *menor* e *média* complexidade. Contudo, via de regra, observa-se no acompanhamento de situações de enfermagem, durante o estágio supervisionado de estudantes de enfermagem, que a condição de clientes acamados pode variar para um grau de complexidade *maior*, seja por motivos relacionados à doença ou por outros de natureza psicossocial.

Cabe acrescentar, também, que os clientes internados na clínica médica impõem uma demanda de cuidados com complexidades distintas, e com dependência total ou parcial dos cuidados de enfermagem. O acompanhamento e a observação dos clientes para coleta de dados ocorreu em duas etapas: no período de maio a agosto de 2008 e, também, de fevereiro a março de 2009 (para ajustes e complementação metodológica).

3.3) Referencial teórico, descrição de situações e definição de grupos

A princípio, pretendia-se realizar uma classificação das **situações-problema** por graus de complexidade (menor, média e maior) de clientes hospitalizados, utilizando como apoio teórico Faye G. Abdellah. Essa autora, contudo, afirma que, em vista das situações dos clientes envolverem problemas de enfermagem *evidentes* e *não-evidentes* (Abdellah, 1960, p.10), é importante levar em conta que as enfermeiras necessitam de treinamento na identificação de ambos os tipos de problemas, bem como de terem experiência na total solução dos mesmos.

No campo da educação, Abdellah afirma que a enfermeira deverá estar preparada para identificar esses tipos de problemas de enfermagem apresentados pelos clientes para que se possa

proceder à prática do diagnóstico de enfermagem. A falha na identificação de problemas de enfermagem pode levar à falência no diagnóstico de enfermagem e, portanto, a um resultado falso, e que poderá prejudicar o plano de cuidados, tornando as intervenções da enfermeira ineficazes em âmbito de um processo de enfermagem de risco.

De acordo com Abdellah, os problemas de enfermagem correspondem a um processo que comporta elementos básicos da prática de enfermagem (domínio de destrezas e habilidades técnicas nos cuidados de enfermagem; capacidade para observar e relatar sintomas e reações dos clientes; capacidade para interpretar os problemas de enfermagem; capacidade para analisar problemas de enfermagem e para selecionar os cursos de ação que servem à solução dos mesmos; e articulação organizada entre os propósitos e os objetivos profissionais). Esses elementos quase sempre estão relacionados à complexidade de situações-problema.

Segundo Carvalho (1973, p.107), com base em Abdellah, o diagnóstico de enfermagem é, tão somente, a determinação da natureza e extensão dos problemas presentes nas situações de enfermagem, e que são configurados pelas próprias funções desempenhadas pelas enfermeiras. Para essa autora: *“Diagnosticar problemas de enfermagem requer o engajamento proposital com as situações de enfermagem, além de capacidade para interpretar as particularidades observadas na situação-problema à luz dos fatores influentes”* (CARVALHO, 1973, p.109).

Para facilitar a classificação das situações-problema, elaboramos um roteiro de observação (apêndice 01) no qual utilizamos os 21 problemas de enfermagem destacados e discutidos por Abdellah *et cols*, descritos a seguir:

- 1) Manter boa higiene e conforto físico;
- 2) Promover atividades, exercícios, sono e repouso;
- 3) Promover segurança através da prevenção de acidentes, danos ou traumas, através da prevenção de infecções;
- 4) Manter mecânica corporal e corrigir deformidades [manter posição adequada ao cliente acamado, utilizar técnicas adequadas para transporte e movimentação do cliente];
- 5) Facilitar a manutenção de suprimento de oxigênio a todas as células do corpo;
- 6) Facilitar manutenção da nutrição de todas as células do corpo;

- 7) Facilitar as eliminações;
- 8) Observar equilíbrio hidroeletrólítico;
- 9) Reconhecer as respostas fisiológicas do corpo às condições da doença: patológicas, fisiológicas e compensatórias;
- 10) Facilitar a manutenção de mecanismos e funções reguladoras (Sinais vitais);
- 11) Facilitar a manutenção da função sensorial;
- 12) Identificar e aceitar expressões, sentimentos e reações positivas e negativas;
- 13) Identificar e aceitar a inter-relação de emoções e doença;
- 14) Facilitar a comunicação verbal e não-verbal;
- 15) Promover o desenvolvimento de relações interpessoais produtivas;
- 16) Facilitar progresso para alcançar objetivos espirituais da pessoa;
- 17) Criar e/ou manter um ambiente terapêutico;
- 18) Conscientizar-se que o cliente é um indivíduo que possui necessidades físicas, emocionais e intelectuais;
- 19) Aceitar os melhores objetivos possíveis à luz de limitações físicas e emocionais;
- 20) Utilizar os recursos da comunidade como uma ajuda na solução de problemas oriundos da doença;
- 21) Compreender o papel dos problemas sociais como fatores que influenciam no aparecimento (causa, origem) da doença.

Em um segundo momento, os problemas de enfermagem especificados foram divididos e enquadrados em 4 (quatro) grupos, conforme a metodologia de Abdellah. :

Grupo 1 - Cuidados básicos de enfermagem para todos os clientes

📁 Problemas de enfermagem [1, 2, 3, 4, e 17]

Grupo 2 -Normalidades e Distúrbios Fisiológicos

📁 Problemas de enfermagem [5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11]

Grupo 3 - Problemas emocionais e interpessoais

📁 Problemas de enfermagem [12, 13, 14, 15, 16 e 18]

Grupo 4 - Problemas Sociais

📁 Problemas de enfermagem [19, 20 e 21]

De acordo com as referidas autoras, esta lista com problemas de enfermagem é utilizada como

um guia para identificação dos problemas específicos do cliente na prática clínica. A autora define os grupos do seguinte modo:

Grupo I - problemas de enfermagem básicos são apresentados em algum grau [de complexidade] por todos os clientes - independente do problema de saúde específico [diagnóstico médico]. São evidentes ou não-evidentes e a identificação desses problemas requer métodos de abordagem diretos ou indiretos.

Grupo II - problemas de enfermagem relacionados com processos normais e alterações no sistema fisiológico. Os problemas principais geralmente são evidentes e a identificação dos mesmos geralmente envolve uma abordagem direta, ou seja: observação da cor, sinais cardíacos, posição, pele etc. E questões específicas para se obter informações relevantes: por ex.: causa, extensão e duração da dor.

Grupo III – problemas que envolvem dificuldades emocionais e interpessoais. Geralmente, são problemas não evidentes e requerem métodos indiretos de abordagem, por exemplo: ouvir, refletir, questionamentos para sua identificação.

O **Grupo IV** – envolve problemas sociológicos e da comunidade, bem como problemas individuais/pessoais. Eles podem ser evidentes ou não-evidentes e requerem uma abordagem direta ou indireta.

Em consideração a essa proposta teórica e para facilitar a observação e a coleta de dados, detalhamos alguns fatores específicos, no instrumento, relacionados aos problemas de enfermagem, como as condições do cliente e os cuidados de enfermagem, os quais poderão ser encontrados conforme o quadro clínico e que interferem na complexidade da situação-problema. Por exemplo: para a higiene e conforto físico, é importante observar: aspectos relacionados à boa ou má higiene do cliente, se é acamado ou independente de auxílio para o auto-cuidado, se efetua a atividade e mobilidade no leito, entre outras condições específicas (vide instrumento em anexo), e quais os cuidados de enfermagem de que necessita.

Uma vez definidos os grupos de problemas de enfermagem, no instrumento, cada grupo

contendo os problemas de enfermagem especificados, as condições do cliente e os cuidados de enfermagem, definimos os graus de complexidade das situações-problema a partir das respostas das enfermeiras que preencheram o questionário (anexo).

Esta primeira etapa da coleta de dados foi realizada mediante observação participativa. Segundo Grey (2001, p.178), esse tipo de observação

“ (...) é particularmente adequada como método de coleta de dados em situações de pesquisa complexas que são mais bem visualizadas como entidades totais e que são difíceis de medir em partes, tais como estudos que lidam com o processo de enfermagem, interações pais-filho ou processos de grupo”.

3.4) Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras docentes e assistenciais (7 docentes e 3 assistenciais) e, como sujeitos indiretamente afetados, os clientes hospitalizados no setor de clínica médica. Neste setor, atualmente, há um total de 24 leitos, sendo 12 femininos e 12 masculinos. A equipe de enfermagem é constituída por 01 enfermeira chefe (rotina), 01 enfermeira plantonista e 03 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, por plantão. Para manter o anonimato das enfermeiras, os nomes reais foram substituídos por nomes fictícios – de flores.

É importante destacar que tivemos uma maior participação de enfermeiras docentes devido à realidade da instituição hospitalar, ou seja, muitas vezes, era quase impossível a participação das enfermeiras assistentes, pois no plantão havia uma única enfermeira como chefe e plantonista e a mesma alegava não ter “tempo” para o preenchimento dos questionários.

Foram observadas e descritas 30 situações-problema. Para a coleta de dados foi necessário observar o cliente hospitalizado, interagir com o mesmo para identificar os problemas de enfermagem e buscar dados relacionados ao seu histórico de saúde nos prontuários. É importante comentar a dificuldade em ampliar o número de enfermeiros assistenciais para a pesquisa, pois, no setor, muitas vezes só havia enfermeiras docentes no período de nossa observação. Desta forma, nos preocupamos mais em aumentar quantitativamente o número de situações-problema

observadas (objeto de estudo), mesmo que fosse necessário selecionar uma enfermeira que já houvesse respondido aos questionários.

3.5) Instrumentos e estratégias de produção de dados

A produção de dados foi desenvolvida em 02 partes: a primeira parte constou de 01 instrumento a ser preenchido pela pesquisadora na descrição de situações-problemas, checagem e descrição de problemas relacionados às condições do cliente e cuidados de enfermagem. A segunda parte incluiu questionários a serem entregues aos sujeitos da pesquisa (enfermeiras) para identificar o grau de complexidade a partir das situações encontradas. Com os instrumentos (e as anotações do pesquisador) será realizada a triangulação dos dados.

1ª parte: Descrição das situações-problema, identificação dos problemas de enfermagem e reorganização em grupos

Esta primeira parte incluiu a criação de um instrumento para identificação dos problemas de enfermagem (apêndice 01):

a) Criação de instrumento nº1 - Roteiro de observação:

Este instrumento (apêndice 01) foi preenchido e checado pela pesquisadora através da observação no cenário de coleta de dados. Primeiramente a situação-problema foi descrita e, posteriormente, foram checados e/ou descritos os problemas de enfermagem. Este instrumento apresenta os principais problemas de enfermagem destacados pela autora, e foi, também, utilizado como roteiro de observação e diário de campo. Nos grupos “Cuidados Básicos de Enfermagem” e “Normalidades e Distúrbios Fisiológicos” foram possíveis destacar algumas causas relacionadas e que poderão ser observadas na prática assistencial. Para os grupos “Problemas emocionais interpessoais” e “Problemas Sociais”, optamos por deixar livre para o pesquisador descrever os problemas de acordo com a situação observada.

A seguir, o quadro 01 nos mostra um exemplo prático de um resumo da primeira parte de

coleta de dados (que envolve o preenchimento desse instrumento):

Quadro 01
Descrição das situações-problema, grupos e problemas de enfermagem

Situação-problema	Grupos (1 a 4)	Problemas de enfermagem/ condições do cliente/cuidados de enfermagem
Nome: Idade: Diagnóstico médico: Queixas: Sinais e sintomas Aspectos destacados na situação: relativos ao ambiente; Relação cliente-enfermeira Relação enfermeira - equipe de trabalho; Relações familiares; Outros	1) Cuidados básicos de enfermagem; 2) Normalidades e distúrbios fisiológicos; 3) Problemas emocionais e interpessoais. 4) Problemas sociais;	- problemas de enfermagem: especificados a partir da situação – Condições observadas nos clientes - Cuidados/intervenções de enfermagem realizadas.

O quadro 01 mostra como foram descritas as situações-problemas. Após descrever a situação-problema, os problemas de enfermagem foram identificados conforme a classificação de seus respectivos grupos.

2ª PARTE - identificação dos graus de complexidade a partir das situações-problema

Uma vez estabelecidos os problemas de enfermagem e os grupos, elaboramos o instrumento nº02 (apêndice 02) que foi preenchido pelas enfermeiras (assistenciais e docentes), conforme segue abaixo:

Instrumento nº02

1) Na sua opinião, esta situação-problema é de:

() Menor complexidade

() Media complexidade

() Maior complexidade

2) Descreva os problemas de enfermagem encontrados *neste cliente* no local correspondente ao grau de complexidade (na sua opinião) de acordo com a assistência realizada:

Descrição dos problemas de Enfermagem	<i>CLASSIFICAÇÃO POR GRAUS DE COMPLEXIDADE</i>		
	<i>Menor complexidade</i>	<i>Média Complexidade</i>	<i>Maior complexidade</i>
1-			
2			
3			
4			
5			
6			

3) Como você fez esta classificação? A partir de quais elementos/referenciais?

4) Descreva os fatores identificados na assistência que você considera que possam ter influenciado de forma a facilitar e /ou dificultar a assistência prestada.

Facilidades	Dificuldades

4) Considerando os cuidados realizados, associados aos fatores que facilitam e/ou dificultam a assistência, você mudaria o grau de complexidade desta situação? Por que?

Sim Não

Se a sua resposta é SIM, qual seria o grau de complexidade? Por que?

Menor complexidade Media complexidade Maior complexidade

.

As questões nº 01 e 02 referiram-se à necessidade de identificação dos problemas de enfermagem e à complexidade da situação-problema do cliente, na visão das enfermeiras. As questões 03 e 04 serviram de base para compreensão da complexidade da situação-problema e a natureza dos fatores influentes que, além dos procedimentos técnicos, podem envolver elementos que potencialmente afetam a assistência. Pode-se encontrar situações-problema percebidas como de menor complexidade e que admitem cuidados entendidos como de media ou de maior complexidade, ou ainda pode-se encontrar situações-problema percebidas como de maior complexidade e que admitem cuidados entendidos como de menor ou media complexidade.

É importante destacar que este questionário foi entregue às enfermeiras após a realização dos cuidados de enfermagem e, posteriormente, foi analisado segundo a triangulação dos dados. Tendo em vista que um dos objetivos do estudo visa à discussão e contribuição da pesquisa ao ensino, as respostas/resultados obtidos serão certamente fundamentais para uma melhor compreensão das situações-problema encontradas na prática assistencial, além de que poderão ampliar nosso conhecimento acerca do desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e garantir uma assistência de enfermagem mais eficaz.

3.6) Análise dos dados

Para a análise dos dados, optamos em utilizar uma análise de conteúdo, de acordo com Bardin (1977, p.31), *que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.*

Neste momento, estaremos, segundo a autora, nos organizando para a análise dos resultados, que se organizam em três pólos cronológicos:

- 1) A pré-análise
- 2) A exploração do material
- 3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise trata de leitura flutuante sobre o material coletado. É o primeiro contato com os números produzidos e com o texto dos sujeitos de pesquisa. A exploração dos dados produzidos são entendidos como dados brutos e devem ser tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos.

Quanto à organização dos achados, precedemos à codificação que, na análise de conteúdo, compreende 03 escolhas:

- O recorte
- A enumeração
- A classificação e a agregação dos achados: a escolha das categorias

Na análise de conteúdo, a abordagem quantitativa funde-se na frequência do surgimento de certos elementos da mensagem e estas estarão diretamente ligadas ao que é ou que não é situação-problema a partir dos fundamentos utilizados no estudo. A abordagem qualitativa recorre a indicadores não freqüenciais do que é ou não é situação-problema e grau de complexidade, e, apresenta certas características particulares.

Por fim, a categorização, que implica numa operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto de informações (sobre situações-problema e seu *graus* de complexidade), por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. Assim, foram elaboradas duas categorias:

- a) Situações-problema previsíveis,
- b) Situações-problema imprevisíveis ou inesperadas.

3.7) Plano piloto

É importante ressaltar que os instrumentos de coleta de dados descritos é uma versão final de vários questionários elaborados e testados na prática. O roteiro semi-estruturado utilizado pelo pesquisador facilitou muito no que se refere à observação e descrição dos dados, assim como o

enquadramento dos problemas de enfermagem nos Grupos facilitou a análise das situações-problema.

O segundo instrumento (a ser preenchido pelas enfermeiras) foi elaborado sem a utilização de escalas ou números relacionados ao grau de complexidade, uma vez que os sujeitos relataram dificuldades em atribuir uma nota específica para um cuidado relacionado (o que foi utilizado nos instrumentos antigos). A simples identificação de problemas que podem ser de menor, média e/ou maior complexidade promoveu uma melhor classificação dos mesmos para as enfermeiras que responderam às perguntas do instrumento entregue.

4) Análise e discussão dos resultados

Neste capítulo, apresentaremos a análise e discussão das duas categorias, - Situações-problema *previsíveis* e Situações-problema *inesperadas* -, elaboradas a partir das respostas das enfermeiras e da específica observação da pesquisadora no cenário de coleta de dados. Das 30 situações-problema observadas, oito foram classificadas como de maior complexidade, dezesseis como de média complexidade e seis como de menor complexidade. É importante destacar que incluímos em ambas as categorias todas as situações-problema classificadas como menor, média e maior complexidade. Isto porque, de acordo com a compreensão do conceito de *complexidade*, o que é *previsível* ou *inesperado* (imprevisível) pode se apresentar/manifestar em qualquer tipo de situação. Nesse sentido - para Moige (1999, p.52) –

(...) “Os procedimentos de uma situação invisível e imprevisível devem [ou podem] não ser determinados (visivelmente ou previsivelmente), a fim de, a cada instante do processo de modelização, poderem adaptar-se a qualquer ocorrência não-prevista ou não programada inicialmente”.

Vale ressaltar, ainda, que a teoria de Morin foi fundamental para aprofundar nossas discussões acerca do que seria *mais* ou *menos* complexo nas situações-problema observadas, uma vez que alguns problemas de enfermagem identificados pelas enfermeiras apareceram em todos os três graus de complexidade classificados. Por exemplo, o problema de enfermagem *mobilidade física prejudicada* aparece em situações de menor, média e maior complexidade. Sendo assim, foi necessário realizar dentro desta classificação a identificação de *conjunções de complexidade* [ações] relacionadas a cada problema, e que, de fato, fosse possível à compreensão do grau de complexidade.

Deste modo, para o entendimento dos fenômenos considerados complexos, alguns

autores destacam que não há elementos exclusivamente *elementares* (ou puramente simplificados), nem conjuntos, nem espaços, nem números em si, nem causas. Há apenas *operações*, isto é, atividades decorrentes de atos. Em outras palavras, pode-se dizer

(...) “*Não é questão de tentar arrolar exaustivamente os estados presumidamente invariantes, e talvez inumeráveis, por meio dos quais o fenômeno modelizável é suscetível de transitar, mas de re-conhecer os atos – as ações, os funcionamentos, os comportamentos – pelos quais se manifestará a atividade e evolução desse fenômeno*” (MOIGNE, 1999, p.56).

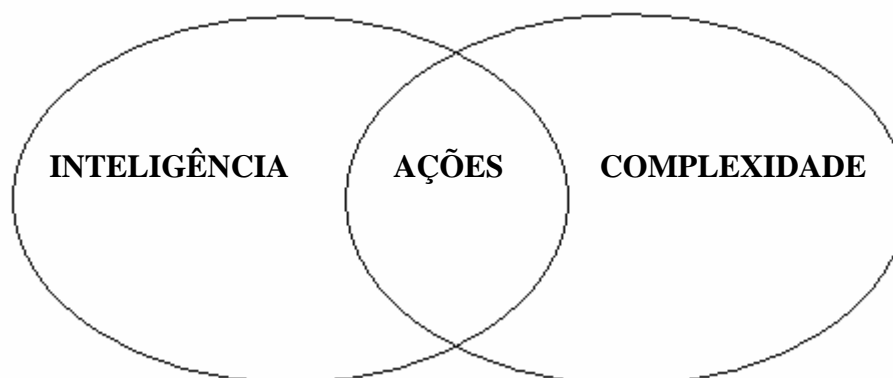
Para esse autor, modelizar significa promover uma distinção entre estados ou formas, desde que sejam considerados diferentes. Porém, o importante não seria a identificação seletiva dos estados ou das formas, mas o (re)conhecimento das ações, pois o ato modelizador fundador não é talvez a disjunção e sim a *conjunção*. Assim, o autor destaca que, -

(...)“*Há muito sabemos que a atividade humana, tanto prática quanto cognitiva é juntar e separar. (...) [Enfaticamente ele acrescenta] ... Mas esses dois atos não têm o mesmo papel na atividade humana. (...) O ato de juntar está na base da formulação [cognitiva] que é a junção dos complexos – conjunção*”.

A partir daí vem a compreensão de que a complexidade é produto de um exercício cognitivo (produzir o inteligível). Neste ponto, a complexidade é comparada à *inteligência* que tem a ver com a capacidade de *representar* uma ação. Esse exercício da inteligência dependerá da *organização*, a qual envolve ações ordenadas ou articuladas de forma a alcançar um objetivo específico, que, por sua vez, são chamadas de *conjunções*. O Esquema 01, a seguir, ilustra de forma resumida o conceito de complexidade:

Esquema 01

Esquema representando o conceito de complexidade ⁵



O esquema acima enseja a compreensão do conceito de complexidade. As conjunções (ações) estabelecidas – segundo Morin - foram fundamentais para nosso entendimento acerca das possíveis ações manifestadas diante das situações-problema de cada cliente. Portanto, antes de apresentar as situações classificadas, listaremos as conjunções identificadas com o apoio da teoria e suas relações com a prática assistencial na área de Enfermagem. Veja-se o quadro 02 abaixo:

Quadro 02

Conjunções de complexidade e suas respectivas definições

Conjunções de complexidade	Definição
1- Conjunção de ações	- Interação, transação, retroação e ação. Aspectos presentes na interação enfermeira-cliente, enfermeira-equipe de enfermagem, enfermagem e demais profissionais da área de saúde, entre outras relações envolvidas no processo de cuidar.
2- Conjunção de Observado e Observante	- Compreensão do sistema observado (a complexidade) e da natureza do sistema observante (a inteligência). Aspectos aliados na relação enfermeiro-cliente na dependência dos cuidados de enfermagem.
3- Conjunção da ordem e da desordem	- A complexidade é a conjunção do ordenado previsível e do desordenado não-previsível. Incluídos, aqui, o planejamento dos cuidados de enfermagem e as intercorrências ou fatores não previsíveis que surgem durante os procedimentos.

⁵ Esquema elaborado pelas autoras a partir do referencial teórico utilizado (Morin).

<p>4- Conjunção do autônomo e do Solidário</p>	<p>- O sistema autônomo é o que se identifica nos próprios projetos, escapando da ordem determinante que desejaria explicá-lo. É também aquele que depende de suas relações com as condições do meio com o qual é solidário. No caso da enfermagem, seria a relação autonomia das enfermeiras <i>versus</i> cooperação e receptividade do cliente aos cuidados estabelecidos.</p>
<p>5- Conjunção do articulado e do jogo</p>	<p>- A ação implica alguma forma de articulação inteligível. O exercício da articulação implica alguma forma de jogo [liberdade de ação]. A existência desse jogo pode provocar a ocorrência de comportamentos imprevisíveis. No caso da Enfermagem: a junção dos desejos/vontade do cliente no ambiente em que se encontra; autonomia das enfermeiras e interdependência dos cuidados.</p>
<p>6- Conjunção de um projeto e de uma situação.</p>	<p>- Não é importante a causa do estado do meio e sim a compreensão do comportamento em relação a algum projeto. Projeto = planejamento dos cuidados; Situação = situação-problema do cliente.</p>
<p>7- Conjunção do Organizado e do Organizante.</p>	<p>- Por ser <i>ação</i>, um sistema “organizado” deve dispor de alguma capacidade “organizante” (operador). Para ser organizante, um sistema deve articular um certo número de ações possíveis (no “jogo”), segundo o modo organizado. Seria capacidade da enfermeira organizar as suas ações a partir do ambiente no qual se encontra; ou organizar o ambiente através de suas ações.</p>
<p>8- Conjunção da Informação e da Ação.</p>	<p>- É a relação da informação e de organização como mediatizada pela ação. Isto é, compreendemos como o conhecimento teórico aplicado na prática assistencial.</p>

No quadro 02 descrevemos as conjunções de complexidade, as quais se mostram enquanto pertinência do conceito de organização como garantia para a inteligibilidade do conceito de complexidade [o que é percebido perfeitamente por essas conjunções]. Desta forma, (...) “A organização é a ação (e o resultado dessa ação) de, ao mesmo tempo, manter, religar e produzir (ou transformar)” (MOIGNE, 1999, p. 60).

Para alguns autores, não se enfrenta a *complexidade* afirmando que ela brota de uma única fonte e os problemas não acabariam se os eliminássemos. Para Perrenoud (2001, p.42) (...) “A complexidade é uma característica do sistema”. Entretanto, Morin (2008, p.264) nos chama atenção para a problemática do sistema que não se resolve na relação *todo-partes*,

razão porque essa relação deve ser necessariamente mediada pelo termo *interações*. Assim, esse autor afirma que, (...) “*Esse termo [interações] é tão importante quanto a maioria dos sistemas é constituída não de ‘partes’ ou constituintes, mas de ações entre unidades complexas constituídas, por sua vez, de interações*”.

Vale ressaltar que a *organização* é o conceito que dá coerência construtiva, regra, regulação às interações, portanto Morin trata do conceito de sistema com três faces:

- *Sistema*: que exprime a unidade complexa e o caráter fenomenal do todo, assim como o complexo das relações entre o todo e as partes;

- *Interação*: que exprime o conjunto das relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem num sistema;

- *Organização*: que exprime o caráter constitutivo dessas interações – aquilo que forma, mantém, protege, regula, rege, regenera-se – e que dá a idéia de sistema a sua coluna vertebral.

De acordo com o autor,

“*A organização, na maior parte dos sistemas físico-naturais e em todos os sistemas biológicos, é ativa: organização. Isso significa que comporta provisão, armazenamento, repartição, controle da energia. (...) A organização cria ordem mas também desordem. (...) O novo paradigma comporta, portanto, incertezas, antagonismos, associando termos que se implicam mutuamente*” (MORIN, 2008, p. 267).

Tendo em vista o que está em torno do conceito de *complexidade*, a partir da concepção de Morin, as *situações-problema* possuem, em sua organização, uma ordem e uma desordem. Ou seja, há uma ordem no que pode ser considerado *previsível*, e uma desordem a partir do momento que há *incertezas* quanto à situação do cliente e que pode mudar o específico *grau* de complexidade de forma inesperada. O que quer dizer que uma dada situação de enfermagem pode mudar, inesperadamente, de um grau *menor* para um grau

maior de complexidade e vice-versa, ou permanecer *estável* num determinado grau de complexidade.

Assim, conforme as definições e tudo que está em torno do conceito de complexidade, a categoria - *Situações-problema previsíveis* - que apresentaremos, a seguir, inclui as situações descritas e os problemas de enfermagem identificados pelas enfermeiras. A organização dos dados se apresenta da seguinte forma:

- Apresentação da situação-problema (texto resumido sobre o cliente hospitalizado);
- Identificação dos problemas de enfermagem baseado no instrumento 01 (em anexo) e cuidados de enfermagem realizados pelas enfermeiras, conforme nossa observação e *conjunções* de complexidade;
- Problemas de enfermagem identificados pelas enfermeiras a partir do preenchimento do instrumento 02 (anexo).
- Dificuldades e facilidades encontradas de acordo com o grau de complexidade da situação-problema e *conjunções* de complexidade.
- Raciocínio sobre a interligação dos problemas de enfermagem identificados.

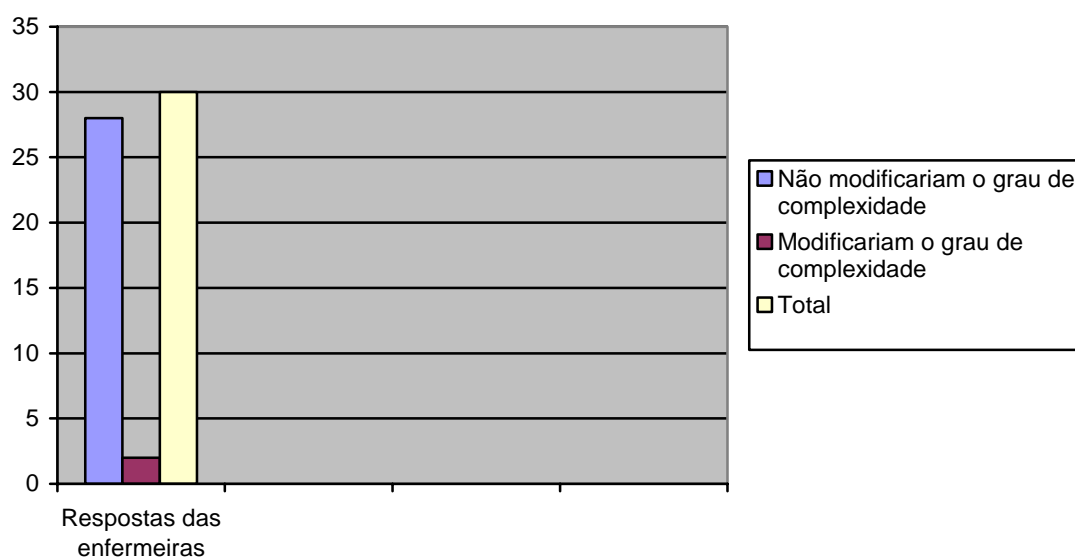
1ª categoria – Situações-problema previsíveis

Nesta categoria foram incluídas situações-problema de menor, média e maior complexidade. Conforme o instrumento número 02 (dois) preenchido pelas enfermeiras, a questão 05 (cinco) indaga *se* a partir das facilidades e dificuldades apresentada, no contexto da situação e dos cuidados, a enfermeira mudaria, ou não, o grau de complexidade atribuído na questão de número 01 (um). Ou seja, este instrumento assegura, ou promove, um raciocínio crítico para os sujeitos do estudo refletirem sobre o grau de complexidade a partir das ações realizadas. Em 30 situações-problema observadas, as enfermeiras responderam, em

28 situações, que não modificariam o grau de complexidade, conforme mostra o Gráfico 01, a seguir:

Gráfico 01

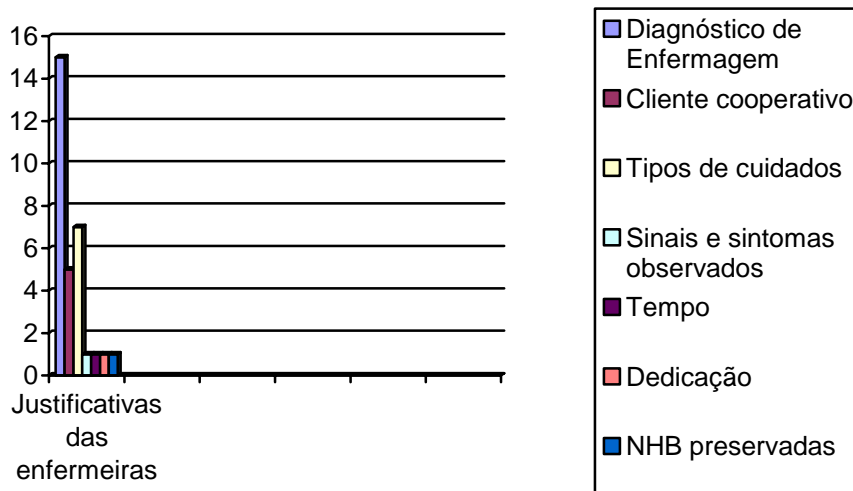
Quantitativo de situações-problema em relação à possível modificação do grau de complexidade pelas enfermeiras



Independente das respostas dadas pelas enfermeiras, *se* modificariam ou não a complexidade da situação, buscamos as justificativas da permanência da classificação realizada na questão de número 01. E identificamos que a maioria das enfermeiras classificam as situações-problema a partir do quantitativo de diagnósticos de enfermagem que o cliente apresenta. A seguir, apresentamos o Gráfico 02 com as justificativas mais frequentes:

Gráfico 02

Justificativas das enfermeiras quanto ao grau de complexidade das situações-problema observadas.



A análise dos dois gráficos anteriores nos faz refletir que, apesar da *complexidade* ser a junção do previsível e do imprevisível, as enfermeiras classificam as situações a partir do que lhes parece *concreto* e identificado durante a avaliação do cliente. Deste modo, os diagnósticos de enfermagem assumem uma significativa importância para se estabelecer *o que* pode ser complexo (ou não) em uma dada situação singularizada. Uma vez compreendidos os possíveis diagnósticos de enfermagem, há o planejamento do que é previsível em torno das ações de enfermagem. Esta previsibilidade é feita mediante a entrevista e o exame físico do cliente, e com recursos materiais disponíveis para a execução das ações. Vejamos o Quadro 02 abaixo:

Quadro 02: Respostas das enfermeiras sobre como realizaram a classificação das situações-problema por graus de complexidade

Referências que as enfermeiras utilizaram para realizar a classificação da complexidade das situações-problema	Fi
Entrevista	05
Exame físico	05
Quantidade de intervenções para cada diagnóstico de Enfermagem	02
Riscos relacionados à própria doença e tratamento	01
Doença	03
Extensão das lesões	01
Ambiente	01
Recursos Humanos	05
Recursos materiais	06
Complexidade de cada diagnóstico	01
Sinais e sintomas do cliente	01
Experiência profissional	01
Atuação do graduando junto ao cliente	01
Realidade da instituição	01
Condição do cliente	01

Como se pode observar, o quadro 02 destaca as principais respostas das enfermeiras sobre as referências que as mesmas utilizaram para a classificação das situações por grau de complexidade. A entrevista com o cliente, os achados do exame físico, os sinais e sintomas da doença, assim como os recursos humanos e materiais, assumem relevância, na opinião das enfermeiras, para que as ações de enfermagem sejam realizadas de forma eficiente. Para minimizar dúvidas, destacamos abaixo algumas respostas, na íntegra, dadas pelas enfermeiras:

“Não mudaria o grau de complexidade porque os diagnósticos de enfermagem estão preservados”. (Enfermeira Rosa)

“A situação é de menor complexidade e eu não mudaria porque são poucos os diagnósticos identificados (?)”. (Enfermeira Margarida)

“Os diagnósticos (?) indicam cuidados de menor complexidade” (Enfermeira Tulipa)

“Os diagnósticos de enfermagem se mantiveram” (Enfermeira Camélia)

“A análise foi feita em raciocínio diagnóstico e julgamento clínico” (Enfermeira Dália)

“Os diagnósticos de enfermagem exigem muitas intervenções”. (Enfermeira Girassol)

Pelas respostas acima verificamos que o grau de complexidade das situações, de acordo com os sujeitos, está relacionado, na maioria das vezes, à identificação do diagnóstico de enfermagem e ao quantitativo de intervenções da enfermeira necessárias a serem realizadas para atender o cliente. Para algumas enfermeiras, a diminuição ou o aumento da complexidade se compara ao número de diagnósticos de enfermagem identificados no cliente [por exemplo, de acordo com as palavras da enfermeira Margarida]. Porém, certas respostas são compatíveis com dúvidas quanto ao tipo do diagnóstico (médico?) – enfermeiras Margarida e Tulipa. Afinal, as dúvidas têm certa coerência como fato de que nos cenários investigados – *locus* da coleta de dados – não observamos a assistência de enfermagem organizada e devidamente *sistematizada*.

Além disso, *a capacidade de ajudar* do cliente, ou de ser cooperativo, comunicativo, durante os procedimentos de enfermagem, é um aspecto, também, a ser considerado quando as enfermeiras atribuem o grau de complexidade. Veja-se uma das respostas das enfermeiras:

“Apesar da quantidade de diagnósticos de enfermagem [descritos no questionário], considero que o paciente apresenta grande capacidade de comunicação e cooperação, o que facilita o alcance dos cuidados de enfermagem”. (Enfermeira Flor de Lis)

As necessidades humanas básicas, o tempo, a dedicação e a avaliação dos sinais e sintomas do cliente tiveram *pouca* expressão em relação ao grau de complexidade (as respostas nos questionários são quantitativamente poucas, e a apreciação qualitativa fica também prejudicada). Sendo assim, com base na análise desta pesquisa, nota-se a *complexidade* do que é “previsível” ou “inesperado” no contexto das situações-problema, tais como habitualmente encontradas na prática assistencial. Tendo em vista a concepção do

conceito de complexidade destacado anteriormente, é necessário não perder de vista o que pode ser “imprevisível”, o que se apresenta ou pode se apresentar como “inesperado” durante as ações de enfermagem para uma determinada situação-problema.

A princípio, nos parece que as enfermeiras não levam em conta outros elementos que possam estar influenciando na complexidade da situação-problema, visto que elas atribuem a complexidade pelo quantitativo de diagnósticos de enfermagem *como* identificados. Nesse particular aspecto e considerando “A Problemática do Diagnóstico de Enfermagem” como tratada por Carvalho (1973, p.110), cabe relevar que, -

“Para a grande maioria [enfermeiras], os problemas de enfermagem correspondem, essencialmente, às necessidades individuais básicas do paciente, as quais determinam, na medida exata, os cuidados de enfermagem. Para uns poucos, os problemas de enfermagem representam condição específica de certo paciente ou em dada situação. A nosso ver, os problemas de enfermagem apresentados pelo paciente ou configurados em dada situação, comportam em sua total significação as necessidades e condições específicas entendidas em sua globalidade, ou seja, com todos os fatores e particularidades que lhes conferem as características distintivas”.

A autora destaca a compreensão dos problemas de enfermagem em uma visão global, visão esta que deve incluir o pensamento organizacional, seja na junção da ordem e da desordem dos fenômenos apresentados. A compreensão desta totalidade, numa característica sistêmica é fundamental para que a enfermeira possa agir com competência em suas tomadas de decisão, principalmente a fim de alcançar os objetivos estabelecidos para uma melhor recuperação do estado de saúde do cliente.

Assim sendo, analisaremos algumas possibilidades de *conjunções* de complexidade de algumas situações-problema, como classificadas pelas enfermeiras – de menor, média e maior complexidade – destacando, também, os cuidados de enfermagem realizados. É importante dizer que nos demais quadros, a seguir, constam os problemas de enfermagem e ações observadas pela pesquisadora e, ainda, os problemas de enfermagem como

identificados pelas enfermeiras. Para facilitar a apreciação analítica dos dados em torno da teoria do conceito de complexidade, acrescentamos, também, as *conjunções* de complexidade relacionadas às ações das enfermeiras e, por conseguinte, como pertinentes aos cuidados de enfermagem.

4.1) Sobre as situações-problema de maior complexidade

- Situação-problema 01:

RMS, sexo feminino, 34 anos, internada no setor de clínica médica com diagnóstico médico de Pênfigo vulgar. Cliente refere surgimento de lesões bolhosas há aproximadamente 02 anos, inicialmente na cavidade oral e depois na região dorsal. Fez tratamento com corticóide oral e obteve regressão das lesões da pele. Há duas semanas as lesões reapareceram afetando grande área corporal. Diagnósticos secundários: Hepatite A e B, Hipertensão Arterial Sistêmica. Ao exame dermatológico: bolhas com conteúdo citrino disseminadas pelo corpo, além de áreas de erosão inclusive em lábios, língua e mucosa oral. Cliente encontrada sentada no leito, semi-nua, apenas com lençol cobrindo os ombros, sentindo frio. Não usa roupas devido às lesões no corpo estarem sanguinolentas e estarem desprotegidas, sem curativo. Recebe semanalmente a visita de familiares, do marido e filho. Porém apresenta baixa auto-estima devido à exposição corporal (sem roupas) e vergonha da aparência. Sinais vitais dentro dos padrões de normalidade. Cliente realiza sua própria higiene, não necessitando de auxílio.

Conforme a situação referida, no quadro 03, observam-se os seguintes problemas e cuidados de enfermagem realizados pelas enfermeiras durante a assistência:

**Quadro 03: Problemas e cuidados de enfermagem na situação-problema 01 aliados às
conjunções de complexidade**

Problemas de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Conjunções de complexidade
1-Conforto e repouso prejudicado;	Avaliar aspecto das lesões. Fazer curativo com gaze vaselinada. Este tipo de curativo não adere às lesões, e não causa desconforto durante a troca após 24 horas.	- Informação e ação Decisória; - Conjunção de um Projeto e de uma Situação.
2- Dificuldade de comunicação Verbal.	Devido dificuldade de higiene oral era necessário os bochechos com as medicações prescritas para evitar cáries, gengivites, entre outras complicações. A xylocaína gel foi utilizada para fornecer um efeito analgésico por conta da dor.	- Projeto e situação
3- Ambiente não terapêutico	Cliente com baixa auto-estima, pois sua doença desperta o interesse de vários profissionais da área da saúde, assim, em vários momentos permaneceu exposta para registro fotográficos das lesões de pele para fins de investigação científica. Porém, era necessário preservar a imagem da cliente e respeitar sua privacidade. Não era utilizado biombos, somente quando havia um enfermeiro docente.	- Conjunção do Articulado e do jogo - Conjunção de um Observado e um Observante.
4- Cliente desestimulada quanto ao seu estado de saúde; deprimida.	Um das intervenções de enfermagem realizada por uma enfermeira docente foi presentear a cliente com um CD de música relaxante para momentos em que a cliente se sentisse deprimida. A intervenção ajudou até para “esquecer” as dores nas lesões, segundo relato da própria cliente.	- Conjunção de ações; - Conjunção da Informação e ação; - Conjunção do Articulado e do jogo.

No quadro 03, descrevemos os principais problemas de enfermagem identificados e as intervenções realizadas pelas enfermeiras. A cliente RMS foi acompanhada por várias semanas, e em vários momentos havia dificuldade das enfermeiras docentes, assistenciais e estudantes de enfermagem, em estabelecer um plano de cuidados adequado à cliente, visto que o principal problema de enfermagem era propiciar *conforto*. Esta cliente quase não se deitava, permanecia sempre sentada no leito, com atitude de padrão de sono insatisfatório.

Em realidade, não se dispunha, na ocasião, do apoio de uma experiência equivalente anterior. Ou seja, nenhuma pessoa da equipe de enfermagem havia tomado conhecimento, anteriormente, de como cuidar de clientes com os padecimentos e queixas da cliente RMS.

Daí logo surgiu a indicação da avaliação de uma enfermeira especialista (docente ou assistencial) em enfermagem dermatológica, o que parecia fundamental para a implementação de um curativo com gaze vazelinada, cobrindo a cliente com ataduras para que a mesma não ficasse com os seios expostos. Deste modo, esta intervenção possibilitou que a cliente vestisse suas próprias roupas por cima das ataduras (há 02 meses sem se vestir!) e conseguisse repousar. O que valeu de sua parte um agradecimento especial às enfermeiras e sua equipe.

Nesse sentido, vale dizer que a exclusiva administração de medicamentos prescritos pela equipe médica não era suficiente para resolver a situação da cliente. Além do sofrimento causado por uma doença rara (Pênfigo Vulgar), as enfermeiras não tinham conhecimento teórico, especificamente suficiente sobre o assunto, de modo a ajudar eficazmente a cliente. Haja vista que a própria cliente possuía certa independência dos cuidados de enfermagem para sua higiene íntima; por exemplo, a mesma permanecia em situação *desconfortável*, o que de certa forma, já prejudicava seu estado psicológico e emocional, levando-a a uma expectativa negativa quanto ao seu prognóstico.

Os questionamentos e *especulações* realizados pelas enfermeiras frente à situação-problema apresentada foram imprescindíveis na busca de uma solução para a melhoria do quadro de saúde da cliente, tais como: O que é pênfigo vulgar? Qual o tratamento? Que tipos de curativos existem na literatura de enfermagem? O que foi feito de procedimento até o momento? Ou o que poderá ser realizado ainda? Como proceder para minimizar as dores da cliente e garantir seu bem-estar?

Para as enfermeiras assistenciais e docentes, esta é, sem dúvida alguma, uma situação-

problema de **maior** complexidade. A seguir, os principais problemas de enfermagem descritos:

Quadro 04: Problemas de enfermagem de maior complexidade destacados pelas enfermeiras na situação-problema 01

Problemas de Enfermagem
1-Perda de integridade cutânea
2-Risco de infecção associado à perda da integridade cutânea e imunossupressão
3-Dor
4- Nutrição insuficiente (menor que as necessidades)
5- Padrão de sono perturbado
6- Mobilidade prejudicada
7-Risco de desequilíbrio de temperatura corporal
8- Distúrbio da imagem corporal
9- Prurido
10- Comunicação verbal prejudicada

Ao classificarem este tipo de situação-problema, pelos graus de complexidade dos problemas de enfermagem identificados, as enfermeiras se basearam na doença apresentada, e nos procedimentos de entrevista e exame físico realizado com a cliente. No entanto, as dificuldades referidas parecem enraizadas na insuficiência de conhecimento das enfermeiras sobre o conteúdo teórico da doença e da precariedade do preparo da equipe de enfermagem para realizar o específico curativo. É importante acrescentar que, além da realização de um curativo extremamente peculiar, era preciso atenção especial ao preparo do material da bandeja, da gaze vazelinada, e tudo o mais requerido em técnica específica.

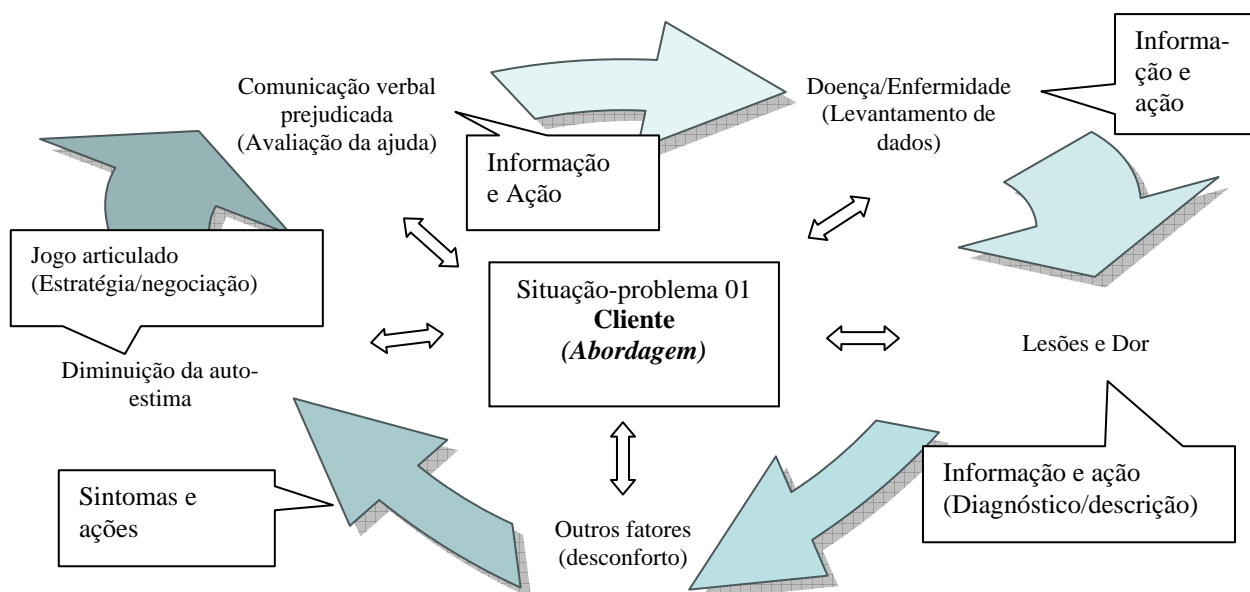
Buscando a relação dos cuidados de enfermagem com as *conjunções* de complexidade, temos vários exemplos que, na prática, têm a ver com o grau de complexidade das situações-problema. As *conjunções* de informação e ação, projeto e situação, do articulado ao “jogo”, estão presentes de forma significativa. Em realidade, a concepção de *situação-problema* envolvendo a realidade *situacional* do cliente (incluídos os familiares) requer um conhecimento mais específico dos elementos ou fatores que interferem com a doença e seu tratamento, o que impõe prerrogativas e parâmetros adequados ao planejamento das ações de enfermagem. Aliado a esses elementos e fatores releva-se, apropriadamente, a função da enfermeira (docente ou assistencial) em saber dar a atenção e o apoio emocional que a cliente necessita, e, em conduzir devidamente o ensino dos estudantes quando a cliente estiver manifestando um estado deprimido. Sobre esse aspecto, Matheney (1960, p.83) ressalta que

“Os estudantes entram na enfermagem com o conceito antigo e popular da enfermeira como uma pessoa que “faz as coisas” e “fala às pessoas”[nos termos da Enfermagem]. Mas, aceitar responsabilidades de funções, tais como: dar apoio emocional, empregar auto-compreensão no trabalho com pacientes, ensinar os pacientes e seus familiares, estabelecer comunicação verbal e não-verbal, não é assunto nem tarefa fácil”.

Se não é fácil estabelecer uma comunicação verbal compatível com a relação enfermeira-cliente, podemos inferir que o *grau* de complexidade da situação-problema 01, por exemplo, pode estar ligado a vários fatores ou condições individuais que guardam entre si certa dinâmica de *encadeamento* lógico aliado à comunicação efetivamente prejudicada pela dor; à própria sensação de dor causada pelas lesões na pele e na cavidade oral; às lesões surgidas em vista de baixa condição imunológica devido à própria doença, entre outros. Vejamos o diagrama ilustrativo de como pode suceder/evoluir o pensamento no Raciocínio 01:

Raciocínio 01⁶

Interrelação de problemas de enfermagem e *conjunções* de complexidade na situação-problema 01



Nesse diagrama/esquema 01, pode-se observar (pictoricamente) a dinâmica do *pensamento* crítico sobre os problemas de enfermagem identificados a partir da situação da cliente (RMS) e de como os fatores e condições interferentes podem articular-se aos sinais e sintomas, às queixas verbalizadas, e que possibilitam a descrição da própria situação-problema. À enfermeira cabe a responsabilidade de manter-se atenta de modo a facilitar a identificação do *grau* – menor, média ou maior - ou das *conjunções* de complexidade relacionadas aos problemas da cliente. Seria este um tipo de raciocínio adequado à forma de visualizar as *partes* sem perder de vista o *todo* da situação-problema? O exercício lógico do pensamento de *ligar* e *re-ligar* os fatos apresentados em uma dada situação e a identificação das possíveis causas relacionadas a um determinado problema podem ajudar a compreender o *predicamento* do grau de complexidade [maior?].

Deste modo, analisando por *partes*, ou seja, cada problema de enfermagem apresentado/percebido e o que interfere na complexidade *situacional*, podemos alcançar uma

⁶ Esquema elaborado pelas autoras.

compreensão melhor do que, talvez, possa tornar um procedimento de enfermagem mais difícil de execução do que outro.

Vejamos o exemplo da *dor* e das *lesões* apresentadas pela cliente: as *conjunções* de complexidade estão aliadas, em cada momento do raciocínio, à Informação e Ação. Neste caso, pode-se compreender que a preocupação das enfermeiras não era tanto solucionar, de imediato, o problema da dor, pois a administração de analgésicos não parecia eficaz; por suposto, as enfermeiras preocupavam-se muito mais com as características das lesões e a própria atitude reativa da cliente. É claro que a terapia medicamentosa para a dor, sem sombra de dúvidas, é imprescindível. Mas nessa situação-problema, o curativo específico para tais lesões era fundamental. Haja vista que a cliente se mostrava inquieta, sem posição favorável à sensação de conforto e, principalmente, ansiosa por se ver despida e exposta à visão de todos. Todavia, o curativo não obstante incluído nas prescrições e intervenções de enfermagem, a equipe médica não autorizava a realização do mesmo por falta de comprovação científica na doença.

Nesse sentido, cabe esclarecer que a maior complexidade da situação-problema, na percepção das enfermeiras, parecia aliada não aos problemas da cliente, mas à precariedade de conhecimento científico para respaldar qualquer específica medida de intervenção de enfermagem. Algumas enfermeiras referiram: “Nem gosto de cuidar dessa cliente, pois não sei nada sobre essa doença”. E a partir daí, a demora na tentativa de solucionar um problema, gerava outros como, por exemplo, a precária comunicação verbal, talvez relacionada, também, ao estado deprimido da cliente que parecia convicta de que sua aparente imagem [despida e coberta de bolhas] tornava-se *chocante* à primeira vista, ela não conseguia se vestir e nem repousar no leito, por falta de um curativo pertinente ao caso de suas lesões.

Cabe ressaltar, ainda, que a auto-estima *baixa* foi um problema subsequente aos demais, e intensificado pela aproximação curiosa dos próprios profissionais de saúde. Tenha-

se em consideração que, em uma instituição hospitalar universitária, a condição de uma doença rara pode despertar não só o interesse clínico-assistencial, mas alimentar o interesse investigativo. A presença constante de diversos estudantes de medicina e enfermagem para a realização dos registros de observações em prontuário e de dados fotográficos para ilustração de caso incomodava em demasia a cliente, a qual se queixava do desconforto e da depressão que a situação toda lhe causava. E ela relatou: “Não consigo ficar sozinha. Sempre tem gente demais aqui.”

Nesse aspecto, mesmo tendo em mente a relevância de uma assistência mais constante e da possibilidade de realizar uma pesquisa, observamos que as enfermeiras sentiram a necessidade de tentar diminuir a presença dos estudantes e a quantidade intensa de visitas clínicas. Uma tremenda dificuldade para equilibrar o relacionamento enfermagem – equipe médica. Assim, nesta contingência, admite-se perfeitamente a idéia da *conjunção* do Articulado e do Jogo (Morin, 2008), interferindo na noção de complexidade da situação-problema. Tornou-se preciso rever a rotina do cuidado de enfermagem e as atividades executadas pelos profissionais de saúde, para decidir em termos de prioridades o que era mais necessário, naquele momento, ao bem estar da cliente. E para tomar decisões, avaliando cada *parte*, cada problema, não se pode perder a visão do *todo* da situação envolvendo a cliente. E a maior dificuldade declarada pelas enfermeiras é que nem sempre o planejamento dos cuidados de enfermagem era realizado, de fato, o que causava o *caos* diante de toda a situação-problema.

De acordo com Morin (2008, p.192) “(...) *o imperativo da complexidade é o de pensar de forma organizacional; é o de compreender que a organização não se resume a alguns princípios de ordem; a organização precisa [também dos recursos] de um pensamento complexo extremamente elaborado*”. Interpretando o pensamento do autor, observamos que a organização do planejamento de enfermagem deve ser realizada a partir da

ordem [ou desordem] da qual emergem os problemas relativos a uma dada situação de enfermagem. Não há, pois, como estabelecer regras invioláveis, há que se articularem, devidamente, as ações profissionais e o jogo estratégico de *pensar* a viabilidade e exequibilidade dos cuidados de enfermagem em função do bem estar da cliente.

Situação- problema 02

LGS, sexo feminino, 28 anos, estudante, há dois meses foi atropelada e encaminhada para a emergência de um hospital público. Há 01 mês apresentou vômitos, epilepsia e foi internada na Clínica Médica Feminina com Traumatismo Crânio-Encefálico. No momento, encontra-se acamada, lúcida, orientada, respondendo com dificuldade às solicitações verbais. Relata padrão de sono satisfatório, aceita a dieta oral oferecida, porém necessita de auxílio para a alimentação. Ao exame físico: afebril, eupneica, normotensa, hipocorada (+2/+4), pele ressecada. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas (varia em 2 tempos). Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares universalmente audíveis (MVUA) sem ruídos adventícios, ventilando em ar ambiental. Membros superiores: movimentação limitada, relatando dor à movimentação. Presença de úlcera de pressão (estágio 03), apresentando regiões com pontos de necrose. Membros inferiores extremamente doloridos com os movimentos.

A cliente LGS possuía estabilidade do quadro hemodinâmico, contudo dependia totalmente dos cuidados de enfermagem relacionados à higiene, alimentação, mudança de decúbito e realização de exercícios passivos no leito para estimular a recuperação dos movimentos. O quadro 05, a seguir, destaca os principais problemas de enfermagem identificados durante a assistência, com os respectivos cuidados prestados pelas enfermeiras e as *conjunções* de complexidade, como entendidas na pesquisa:

Quadro 05: Problemas e cuidados de enfermagem na situação-problema 02 aliados às conjunções de complexidade

Problemas de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Conjunções de Complexidade
1- Presença de sujidade em região corporal;	Banho no leito, higiene oral, higiene dos cabelos; utilizar creme hidratante na pele após o banho.	- Conjunção de Projeto e Situação.
2- Deambulação prejudicada, equilíbrio prejudicado, presença de queda plantar.	Observar alinhamento corporal; posicionar cliente em posição confortável no leito;	- Conjunção de Projeto e Situação
3- Comunicação verbal prejudicada; incapacidade de solicitar ajuda.	Não foi observado no setor nenhum cuidado de enfermagem para este problema	- Conjunção das Ações
4- Perda da integridade Da pele.	Avaliação junto á equipe médica; necessidade de desbridamento para remover necrose, realizar curativo e mudança de decúbito (máximo de 2 em 2 horas); utilizar colchão caixa de ovo; estimular a ingesta hídrica.	- Conjunção do Articulado e do Jogo; - Conjunção da Informação e Ação.
5- Presença de dor intensa e medo durante a movimentação de membros superiores e inferiores	Administrar analgésico conforme prescrição médica antes de realizar o banho no leito; manipular cliente de forma devagar para modificar o posicionamento da cliente no leito; Avaliar e registrar intensidade da dor.	- Conjunção de Informação e Ação. - Conjunção de Projeto e Situação.

Os principais problemas de enfermagem estão relacionados ao fato de ser uma cliente acamada e impossibilitada de se movimentar, comunicar-se e de se alimentar por si. Todavia, por ser uma cliente jovem, o processo de recuperação com intervenções adequadas, poderia ser rápido, o que implicava em um bom prognóstico do estado de saúde, apesar das deficiências observadas.

Deste modo, para as enfermeiras, esta situação-problema foi, *preliminarmente*, considerada pelas enfermeiras como de **maior** complexidade. Entretanto, na mesma situação-problema considerada, por elas, de *maior* complexidade, surgiram outros problemas e, então, a variação do *grau* de complexidade alternou-se, na classificação das enfermeiras, como ora de *maior* ou ora de *média* complexidade, conforme verificamos nos quadros 06 e 07 a seguir.

Quadro 06: Problemas de Enfermagem de *maior* complexidade listados pelas enfermeiras em relação à situação-problema 02

Problemas de Enfermagem de maior complexidade
Habilidade física prejudicada
Comunicação Verbal Prejudicada
Perda da integridade cutânea
Déficit de autocuidado

Quadro 07: Problemas de Enfermagem de *média* complexidade listados pelas enfermeiras em relação à situação-problema 02.

Problemas de Enfermagem de Média Complexidade
Dor
Eliminação Urinária Prejudicada

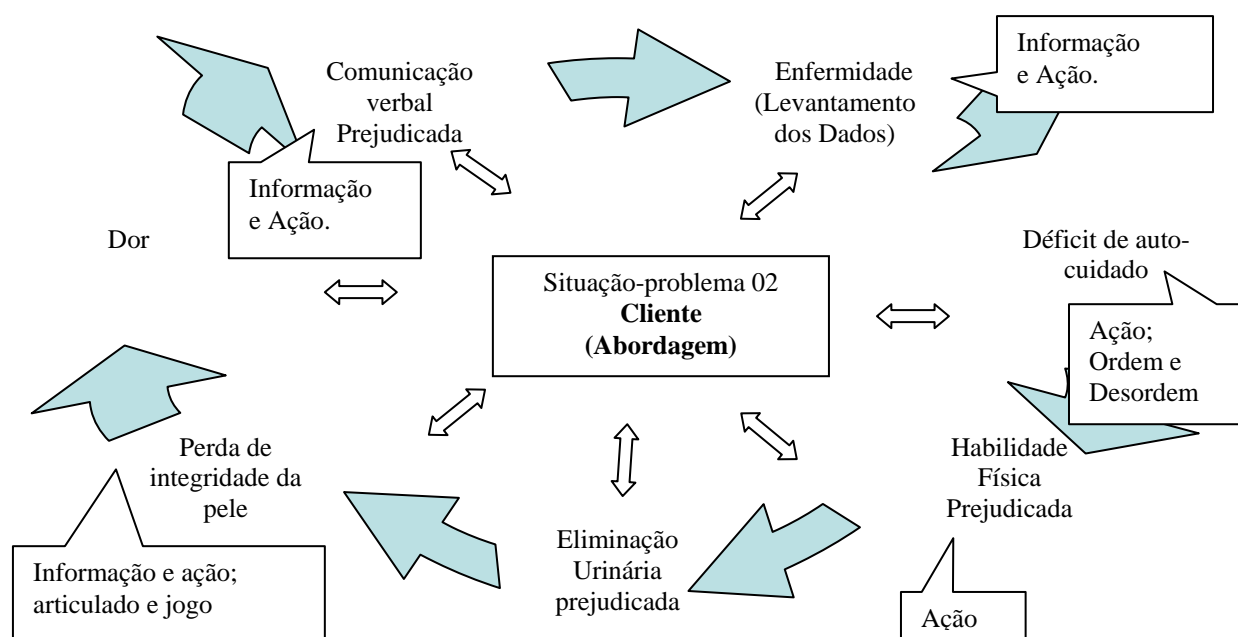
Apesar das enfermeiras considerarem a dor e a eliminação urinária prejudicada como problemas de enfermagem de *média* complexidade, a situação-problema foi classificada, por elas, como de *maior* complexidade. O que pode conferir ao diagnóstico de enfermagem uma *complicação*. Os problemas descritos no quadro seis (06) apresentam, do ponto de vista das enfermeiras, uma complexidade *maior*, não em vista de sua possível essencial natureza, mas devido às dificuldades de recursos materiais disponíveis na instituição. Pode se entender que o grau de complexidade maior da situação-problema, na percepção das enfermeiras, caracteriza-se em virtude de uma multiplicidade de fatores [Conjunção da Ordem e Desordem]. Por exemplo, para o tratamento e prevenção de úlceras de pressão, seria necessário a utilização de colchão especial. Um aspecto de insuficiência de recursos

materiais na instituição. A dificuldade de comunicação verbal da cliente servia, também, de obstáculo para uma compreensão mais plena das enfermeiras sobre os sintomas observados na cliente, e naquela situação, o que parece, talvez, compatibilizar-se com um conhecimento insuficiente (das enfermeiras) para elaborar estratégias de comunicação não-verbal, e para tentar minimizar o esforço da cliente para comunicar-se sobre seu estado e condições [Conjunção de Informação e Ação].

Os cuidados de enfermagem tornam-se mais ou menos complexos na medida em que haja fatores externos que poderiam auxiliar na recuperação do quadro de saúde da cliente. Vale acrescentar que, nessa *situação-problema*, era imprescindível o apoio de outros profissionais de saúde como de Fisioterapia e de Fonoaudiologia [Conjunção de Ações]. Na instituição, o encaminhamento de clientes era realizado, porém o processo burocrático-administrativo-gerencial de atendimento é lento, o que interfere diretamente nas ações de enfermagem. Vejamos o Raciocínio 02, para visualizarmos melhor os problemas de enfermagem, e para assegurarmos a compreensão das *conjunções* de complexidade, como referentes *somente* àqueles *graus* de complexidade classificados pelas enfermeiras como de **maior** complexidade:

Raciocínio 02

Interrelação de problemas de enfermagem e *conjunções* de complexidade na situação-problema 02



No Raciocínio 02, descrevemos os problemas de enfermagem identificados pelas enfermeiras e destacamos as *conjunções* correspondentes àqueles considerados de *maior* complexidade. Assim, compreendemos que o *déficit de autocuidado* tem sua própria complexidade devido à *ordem e desordem* dos recursos materiais para a realização de cuidados como o banho no leito, por exemplo. Vale ressaltar que a falta de recursos materiais complica ou retarda os procedimentos [Conjunção de Ordem e Desordem]. Para as enfermeiras, a realização do banho no leito tinha prioridade maior, nesta situação-problema, entretanto, o serviço de rouparia encaminhava as roupas de cama somente às oito horas da manhã. Isto, além de atrasar os procedimentos, dificultava e causava uma *desordem* em todo o planejamento de enfermagem.

Outro problema de enfermagem de *maior* complexidade é a *habilidade física prejudicada*, que está relacionada, nesta situação, às ações das enfermeiras [Conjunção da Ação]. Ou seja, é necessário ter destreza, habilidade e força para movimentar a cliente,

confortavelmente, além de poder contar com recursos humanos para auxiliar na movimentação da cliente. Outro problema de enfermagem considerado de *maior* complexidade é a *perda de integridade da pele*, que envolve ou demanda a junção de ações na interdependência dos cuidados [Conjunção do Articulado e do Jogo e Conjunção da Informação e Ação]. Afinal, a interdependência de ações profissionais requer estratégias fundamentais para a avaliação das condições da cliente, mormente da ferida junto à equipe médica e discutir, na equipe de enfermagem, o conhecimento teórico específico para a realização do curativo; qualquer procedimento de enfermagem em uma dada situação tem sua especificidade própria – um curativo não pode ser banalizado em termos de rotina.

No quadro 07, verificamos os problemas de enfermagem classificados como de *média* complexidade. A bem da verdade, causa certa *estranheza* a dor e a eliminação urinária prejudicada, como problema de média complexidade. Porém, observamos que as enfermeiras classificam os problemas por *prioridades* em relação às ações de enfermagem, tendo em vista o fato de compreenderem os problemas de enfermagem em todo o contexto das situações assistenciais.

Situação-problema 3

J.T.H. sexo feminino, 40 anos, obesa, acamada, internada em setor de clínica médica há dois meses, em coma vigil. Em isolamento de contato com MRSA (*Staphilococcus aureus* resistente à Meticilina), traqueostomizada, em macronebulização contínua; com cateter de punção venosa profunda em jugular direita fluindo soro fisiológico a 0,9%. Mantendo curativo limpo e seco externamente. Ao exame físico: tranquila, não respondendo aos estímulos verbais nem aos estímulos sensório-motrízes; hipocorada, pele ressecada com sujidade. Couro cabeludo íntegro, pupilas isocóricas, fotorreagentes, gânglios não palpáveis, secreção traqueal em grande quantidade, espessa e amarelada. Ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas (2 tempos), mantendo ritmo regular. Ausculta pulmonar com ruídos difusos; presença de gastrostomia para dieta enteral, mantendo curativo limpo e seco, sem secreções no local; peristalse presente, abdome globoso, sem massas palpáveis; mantendo diurese espontânea em fralda. Presença de edemas em membros inferiores com sinal de cacifo e queda plantar. Procedimentos de enfermagem: realizado banho no leito, procedimento sem intercorrências; realizado curativo em região sacra de úlcera de pressão (estágio III), com presença de tecido desvitalizado e de granulação. Utilizado Dersani e gaze. Sinais vitais sem alterações frequentes.

Essa situação-problema, assim descrita, é classificada pelas enfermeiras como *maior* complexidade. Trata-se de uma cliente acamada que necessitava de banho no leito, mudança de decúbito (máximo de 2 em 2 horas) e observação do padrão respiratório (submetida a oxigenoterapia contínua). Foram observados alguns problemas que dificultavam a realização dos procedimentos: atraso da roupa de cama pela rouparia, insuficiência de material para realizar o banho e o curativo, presença de diversos profissionais e alunos em grande quantidade em um ambiente pequeno. A seguir, o Quadro 08 com os problemas de enfermagem observados, as intervenções realizadas e as *conjunções* de complexidade relacionadas. Os seguintes Quadros 9, 10 e 11 apresentam a classificação da complexidade

dos problemas de enfermagem, como definidos pelas enfermeiras:

Quadro 08: Problemas e cuidados de enfermagem na situação-problema 03 aliados às conjunções de complexidade

Problemas de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Conjunções de Complexidade
1) Mobilidade física prejudicada; com sujidade e pele ressecada.	Mudança de decúbito; Realizar banho no leito, cuidados com a pele, utilização de creme de uréia ou hidratante	- Conjunção de Ações;
2) Equilíbrio prejudicado, dificuldade de comunicação verbal, risco de queda, déficit no auto-cuidado	Cliente mantida em posição correta no leito, isto é, mantendo o alinhamento corporal. Grades do leito elevadas.	- Conjunção de Ações; - Conjunção de um Observado e um Observante.
3) Ambiente não-Terapêutico (Unidade do cliente).	Não se observou cuidados para a manutenção do ambiente terapêutico [havia a presença de muitos acadêmicos para examinar a cliente]; Ausência de cortinas para evitar luz excessiva à exposição no leito; Não há no setor, um quarto específico para clientes em isolamento de contato.	- Conjunção da Informação e Ação; - Conjunção da Ordem e Desordem. - Conjunção do Organizado E Organizante.
4) Troca de gases ineficaz	Avaliação do estado respiratório da cliente; Manter leito em posição semi-fowler ; Mudança de posição da cliente; realização de aspiração traqueal sempre que necessário (SOS); proporcionar umidificação adequada.	- Conjunção de Ações; - Conjunção de Informação e Ação.
5) Deglutição prejudicada; GTT	Instalação de dieta enteral e monitorar administração; manter material de aspiração à beira do leito	- Conjunção de Ações - Informação e Ação.
6) Integridade da Pele prejudicada.	Realização de mudança de decúbito; avaliar diariamente a evolução da úlcera de pressão em relação ao tratamento; utilizar dispositivos preventivos de proteção da pele como colchão especial; observar nutrição adequada.	- Informação e Ação; - Conjunção de um Projeto e uma Situação.

Quadro 09: Problemas de Enfermagem de maior complexidade listados pelas enfermeiras na situação-problema 03

Padrão respiratório ineficaz
Mobilidade física prejudicada
Integridade da pele prejudicada
Déficit de autocuidado

Quadro 10: Problemas de enfermagem de média complexidade listados pelas enfermeiras na situação-problema 03

Eliminação urinária prejudicada
Desequilíbrio hidroeletrólítico
Risco de constipação
Nutrição alterada

Quadro 11: Problema de enfermagem de menor complexidade listado pelas enfermeiras na situação-problema 03

Comunicação verbal prejudicada

A definição da complexidade dos problemas de enfermagem, pelas enfermeiras, varia de acordo com o contexto da situação-problema da cliente. Por exemplo, nesta situação-problema 03, as enfermeiras, com efeito, tinham como prioridade a realização do banho no leito. Todavia, admitiam a dificuldade da realização da higiene na cliente, implicando em movimentar uma pessoa obesa, com *mobilidade física prejudicada*, que está traqueostomizada, com presença de secreção em grande quantidade, tendo que realizar várias vezes a aspiração traqueal durante o banho [Conjunção da Informação e Ação e Conjunção de Ações]. Além disso, a cliente apresenta *padrão respiratório ineficiente* [insuficiente], sendo que o banho é um procedimento que demanda grande esforço das enfermeiras e gasto de energia para a cliente, sendo fundamental que o cuidado fosse realizado de forma rápida e eficiente.

A *integridade da pele prejudicada* torna-se, muitas vezes, um problema de maior complexidade para as enfermeiras, talvez pelo fato da cliente ser obesa e estar acamada, e o prognóstico da doença não ser favorável nem com a melhoria de sua mobilidade. Como intervenções de enfermagem, era importante: o exame da pele a cada turno de trabalho, além do registro das condições da pele, a fim de avaliar evidências quanto à eficácia dos cuidados com a pele; a utilização de colchão especial para evitar lesões na pele; colocar a cliente em posição confortável, com pressão mínima aplicada nas proeminências ósseas [Conjunção de Informação e Ação].

Quanto aos problemas classificados, nesta *situação-problema* de maior complexidade, como problemas de enfermagem de *média* complexidade, caracterizam uma séria complicação diagnóstica. As enfermeiras tomam de partida o que consideram prioridade para o atendimento das necessidades da cliente: a exemplo da nutrição alterada, que tinha como intervenção de enfermagem a administração de dieta enteral pela gastrostomia (GTT). A ausência de intercorrências como obstrução de sonda, ou qualquer outro fator que interfira na administração da dieta, faz com que elas pensem (talvez) que este problema seja de *média* complexidade, tendo em vista apenas a necessidade de monitorar, avaliar o local de inserção da sonda, o curativo de GTT, e de realizar a lavagem da sonda, antes e após a administração da dieta. São cuidados fundamentais para evitar obstruções e não comprometer o estado nutricional do indivíduo.

O risco de constipação está associado ao estado nutricional, incluindo o apetite, ingestão dietética, quantidade e tipos de fibras dietéticas, história de fármacos utilizados, e o padrão de atividade da pessoa. Um cliente acamado por um longo tempo tem o risco de desenvolver constipação. Era fundamental planejar e implementar uma rotina de exercícios passivos no leito [Conjunção de Ação e Conjunção e de um Projeto e uma Situação]. Os exercícios promovem o tônus muscular abdominal e pélvico necessários para as eliminações

intestinais. A observação e o registro diário da frequência e características das fezes constituem base para um plano terapêutico eficaz. E quanto a este aspecto, não foi observado durante a coleta de dados, nenhum registro pela equipe de enfermagem, e as enfermeiras não se referiram a este aspecto da situação-problema.

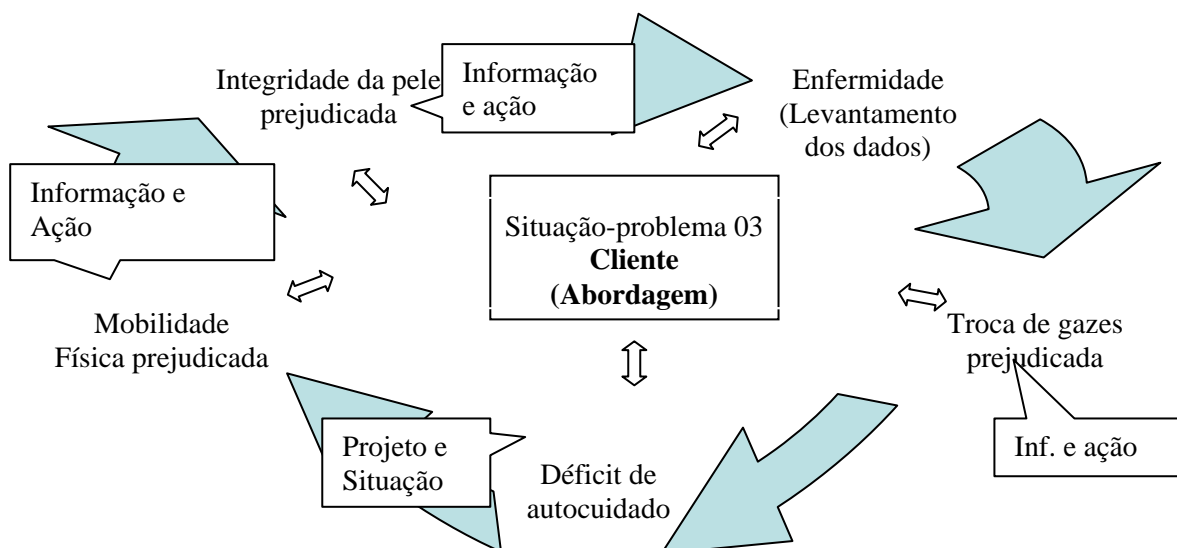
Quanto ao desequilíbrio hidroeletrólítico, vale dizer que as alterações da eliminação urinária constituem problemas associados, também, à condição da cliente acamada, e que requer a observação, monitorização e registro das intervenções de enfermagem.

A *comunicação verbal prejudicada* foi classificada, pelas enfermeiras, como problema de enfermagem de menor complexidade. E, nesta situação-problema 03, definida como a redução da capacidade de falar, de entender ou usar adequadamente as palavras. Além disso, um problema associado, também, ao estado de consciência da cliente (coma vigil), à atividade motora, às percepções, e aos resultados dos exames laboratoriais e dos testes diagnósticos, incluindo-se níveis dos eletrólitos, hemoglobina, hematócrito, escala de coma de Glasgow, entre outros.

Vejamos, a seguir, o Raciocínio 03 com os problemas de enfermagem classificados como de **maior** complexidade e as *conjunções* relacionadas:

Raciocínio 03

Interrelação de problemas de enfermagem de maior complexidade e *conjunções de complexidade* na situação-problema 03



É importante compreender o que pode tornar as situações 1, 2 e 3, em situações-problema de *maior* complexidade, quando, no contexto da assistência e nesta pesquisa, foram identificado pelas enfermeiras, problemas de maior, média e menor complexidade. O que se depreende é que, na prática de assistir ou cuidar dos clientes, em âmbito de uma mesma situação-problema, algumas complicações se ressaltam, impondo aos problemas de enfermagem variações que implicam em alteração dos graus de complexidade da referida situação. Por exemplo, a *comunicação verbal prejudicada* foi classificada, pelas enfermeiras, como um problema de *maior* complexidade nas situações-problema 01 e 02, porém, na situação-problema 03 foi considerada como um problema de *menor* complexidade.

Isto nos possibilita afirmar que as enfermeiras classificam (por suposto) alguns problemas como *referentes* às *prioridades* na ordem e no contexto da assistência de enfermagem. Assim, vejamos o problema de comunicação verbal prejudicada nas situações-problemas descritas: na situação-problema 01, temos uma cliente com diagnóstico médico de pênfigo vulgar, onde a cavidade oral encontra-se com lesões, com sangramento e dor, o que dificulta a sua fala. Na situação-problema 02, a comunicação verbal prejudicada tem a ver

com um quadro neurológico afetado por traumatismo. Na situação-problema 03, a comunicação prejudicada está ligada ao coma e à presença de traqueostomia. Portanto, diante do contexto das situações observadas e descritas, o que torna, de fato, a *comunicação* enfermeiro-cliente um problema de enfermagem de maior ou de menor complexidade?

Nas três situações, a comunicação *prejudicada* está ligada à doença e/ou ao estado ou condição de saúde em que o cliente se encontra. Mas, se analisarmos as mesmas, a partir das *conjunções* de complexidade, percebemos que na situação-problema 01, o problema da comunicação relaciona-se às lesões na cavidade oral (doença) que implica em ações relacionadas ao saber profissional, ao conhecimento científico de uma doença rara, e na necessidade de reduzir a dor e melhorar a intercomunicação [Conjunção da Informação e Ação]. Na situação-problema 02, a *comunicação* tem a ver, também, com a capacidade das enfermeiras em manter uma interação eficaz com cliente, tendo em vista sua específica condição de saúde [Conjunção de Ações]. Assim, uma cliente em coma vigil, conforme observado na situação 03, pode manifestar outros problemas de enfermagem ligados às *prioridades* das ações de plano assistencial, o que pode implicar, talvez, em um *menor* ou *maior* grau de complexidade, segundo as alegações das enfermeiras.

Nesse sentido, - Carvalho (1975) -, chama atenção para a realidade concreta das situações de enfermagem hospitalar e o fato de apelarem por atendimentos, às vezes, como que permeados pela hierarquia. E assim: “(...) *Os problemas pertinentes a ela podem e devem ser resolvidos em termos de prioridades ou em termos de níveis de complexidade*”.

Para compreendermos o pensamento das enfermeiras em relação ao grau de complexidade atribuído aos problemas de enfermagem, perguntamos quais eram as facilidades e dificuldades encontradas durante a assistência. Segue, no Quadro 12, as respostas em todas as situações-problema classificadas com grau de *maior* complexidade:

Quadro 12: Respostas das enfermeiras sobre as facilidades e dificuldades durante os cuidados de enfermagem realizados nas situações-problema de maior complexidade

Facilidades	Dificuldades
Interesse das professoras e alunos; Abertura da equipe médica quanto às condutas sugeridas pela enfermagem Relacionamento interpessoal; Domínio de conteúdo.	Falta de conhecimento da equipe de enfermagem; Falta de recursos estruturais e materiais. Recursos materiais; Falta de apoio de outros profissionais, como Fisioterapia e Fonoaudiologia.
Paciente aceitou as intervenções.	Muitas intervenções que exigiam sistematicamente muitos princípios.

Analisando esse quadro, em relação às específicas situações-problema descritas, podemos observar que os problemas de *maior* complexidade, como perda da integridade cutânea, dor, nutrição insuficiente, distúrbio da imagem corporal, padrão de sono perturbado, entre outros, estão ligados, principalmente, ao conhecimento teórico (insuficiente?) - das enfermeiras - sobre uma doença e tratamento específico. Os problemas apresentados pela cliente estão aliados não só aos sintomas de desequilíbrio do estado de saúde, e que implicam em maior complexidade da situação-problema, uma *complexidade* multidimensionada (designada Conjunção de Informação e Ação) e, talvez, agravada por insuficiente conhecimento ou pela própria inexperiência dos profissionais com o tratamento mais eficaz para a doença da cliente, além das reivindicações por falta de recursos materiais e humanos.

Com efeito, só a falta de recursos materiais pode ser um fator preponderante, mas a ausência de apoio de outros profissionais com o objetivo de assegurar melhores resultados no cuidado ao cliente aumenta a complexidade da situação. Cabe lembrar o quão importante é a interdependência de várias ações concorrentes para uma recuperação mais rápida, o que pode se observar pela fala do cliente e até nas atividades de movimentação de seu corpo.

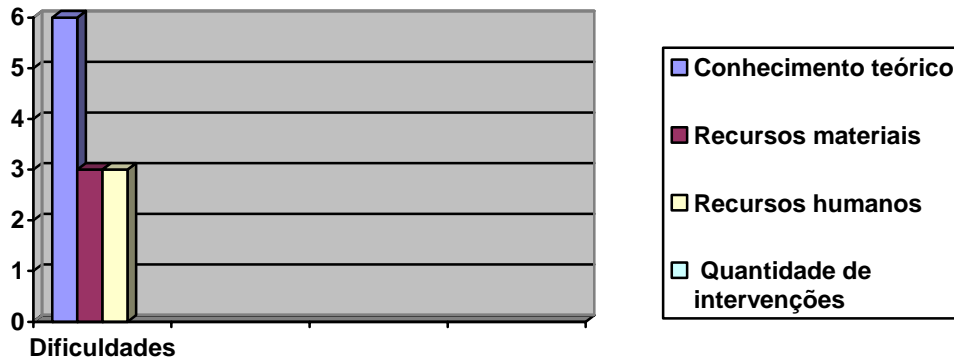
Cabe destacar que, quando temos uma situação com uma cliente acamada, traqueostomizada, com gastrostomia [situação-problema 03], alguns problemas são considerados na medida de suas prioridades. E quando considerados em relação ao atendimento das necessidades do cliente, e *se* em comparação com outros problemas, como a falta de comunicação verbal, torna-se como de *menor* complexidade, pois o objetivo principal, na percepção das enfermeiras, é manter a estabilidade do quadro hemodinâmico.

Nas situações-problema classificadas como de *maior* complexidade, os problemas de enfermagem identificados pelas enfermeiras estão incluídos nos Grupos 1, 2 e 3 (Abdellah, 1961). Esses problemas são referentes aos cuidados básicos de enfermagem, normalidades e distúrbios fisiológicos, problemas emocionais e interpessoais, respectivamente.

A partir das facilidades e dificuldades encontradas pelas enfermeiras nas situações-problema de maior complexidade, o gráfico 03 mostra que, nas dificuldades relatadas pelas enfermeiras, a falta de conhecimento teórico (ou insuficiência de bagagem educacional) aparece de forma significativa para que a situação seja considerada (por elas) de maior complexidade. Segue os gráficos:

Gráfico 03

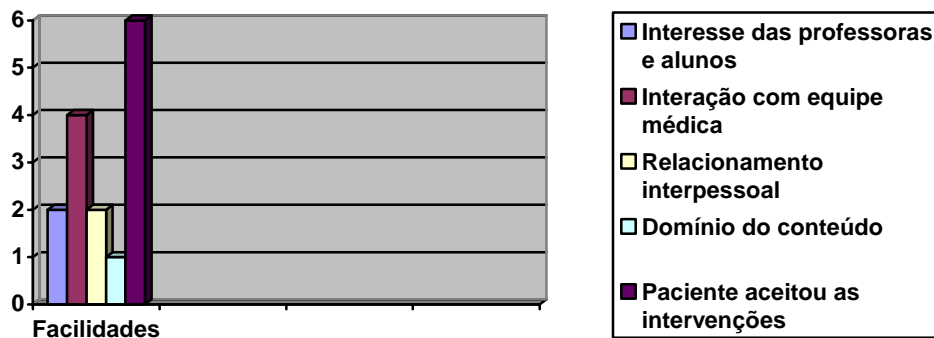
Dificuldades relatadas pelas enfermeiras em situações-problema de maior complexidade



Sobre as facilidades encontradas nas situações de maior complexidade, o gráfico 04 mostra o quantitativo das respostas:

Gráfico 04

Facilidades encontradas pelas enfermeiras nas situações-problema de maior complexidade

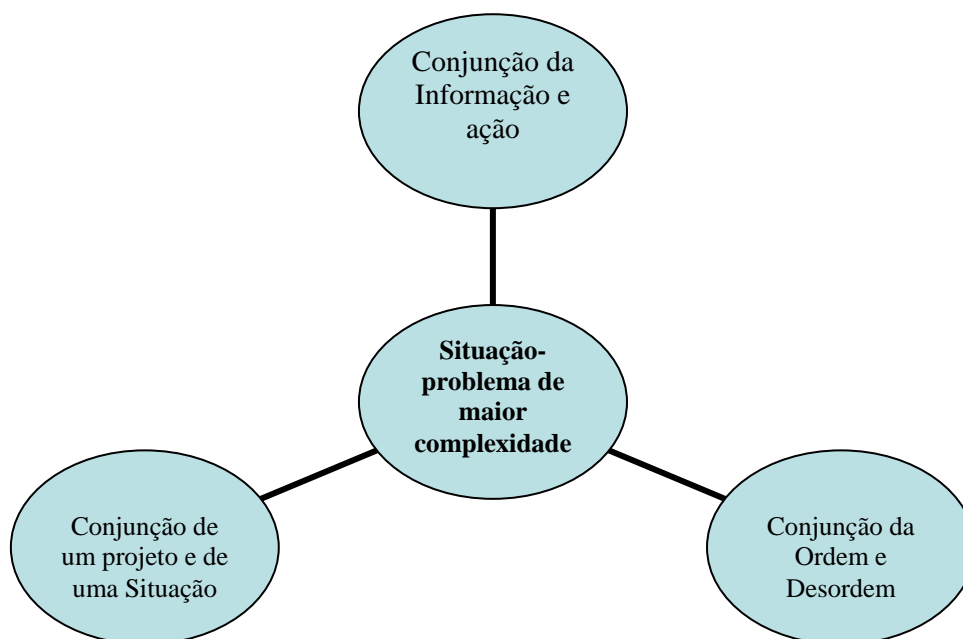


Observamos no Gráfico 04 que um cliente cooperativo, em relação às intervenções de enfermagem, reduz o qualitativo do grau de complexidade das situações de enfermagem. Todavia, cabe atenção às dificuldades encontradas pelas enfermeiras, para chegarmos a uma

compreensão do que seria, de fato, uma situação-problema de maior complexidade, na concepção das mesmas. Assim, a partir das respostas das enfermeiras, o diagrama 01 permite visualizar quais são as conjunções que se destacam nas situações de maior complexidade:

Diagrama 01

Situações-problema de maior complexidade e conjunções relacionadas



Como se pode perceber, as dificuldades nas situações de maior complexidade pertencem à esfera do *conhecer*, do *pensar* (Conjunção de Informação e Ação) e do *agir* (Conjunção da Ação), tendo em vista o raciocínio de um planejamento de cuidados de enfermagem para uma situação determinada. À enfermeira cabe conseguir, através do seu conhecimento teórico e de sua criatividade, implementar as ações condizentes às necessidades do cliente, ultrapassando os obstáculos que aparecem durante as atividades. Obstáculos que podem ser de ordem organizacional (Conjunção da Ordem e Desordem), de interação com os demais profissionais e equipe de enfermagem, ou até mesmo com um

quantitativo de profissionais insuficiente para o número de cuidados a serem realizados.

4.2) Sobre as situações-problema de média complexidade

Situação-problema 04

IAS, sexo feminino, 73 anos, chegou na emergência com história de emagrecimento, astenia e tetraparesia. Na internação foi identificada anemia por deficiência de vitamina B12. Hospitalizada há 25 dias na clínica médica. Acamada, alerta, queixando-se de dor às mudanças de decúbito; deprimida e chorosa. Relata aceitação da dieta oral, eliminações vesico-intestinais mantidas, mas em uso de fraldas. Receptiva às solicitações verbais. Ao exame físico: afebril, anictérica, eupneica; pele e mucosas oculares hipocoradas; gânglios não palpáveis. Ausculta cardíaca: bulhas normofonéticas em 2T; Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares audíveis sem ruídos adventícios; abdômen: flácido, indolor à palpação, timpânico à percussão, peristalse presente. Membros inferiores: tetraparesia, sem edemas. Sinais vitais sem alterações. A enfermeira-chefe sugeriu a realização do banho de aspersão com auxílio e objetivo de estimular atividades, ao que os estudantes resistiam preferindo praticar o banho no leito; Na opinião médica, o banho não devia ser forçado; e a cliente hesitava em face do procedimento.

Conforme a descrição da situação-problema 04, pode-se observar o Quadro 13 com os problemas de enfermagem identificados, as intervenções de enfermagem e *conjunções* de complexidade

Quadro 13: Problemas e cuidados de enfermagem na situação-problema 04 aliados às *conjunções* de complexidade

Problemas de enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Conjunções de Complexidade
1) Dor aguda	Administrar analgésicos conforme prescrição médica.[Não foi observado nenhuma avaliação quanto a intensidade e característica da dor].	- Conjunção da Informação e Ação.

2) Mobilidade física prejudicada	- Posicionar a cliente a cada 2 horas. Estabelecer horários para a mudança de posição; colocar um cartaz a beira do leito e monitorar as mudanças;	- Conjunção de Ações - Conjunção de um Observado e um Observante;
3) Déficit de autocuidado (banho e higiene)	- Observar o nível funcional a cada turno; documentar e notificar quaisquer alterações; - Estimular o cliente a expressar seus sentimentos e suas preocupações sobre os déficits de autocuidado [intervenções realizadas por acadêmicos].	- Conjunção de ações; - Conjunção informação e Ação. - Conjunção de um Projeto E uma Situação.
4) Ansiedade	- Dar ao cliente explicações claras e concisas sobre qualquer tratamento ou procedimento a ser realizado;	- Conjunção de Ações.
5) Tristeza	[Nenhum cuidado específico observado].	- Conjunção de Ações
6) Déficit de nutrição	- Observar e registrar a ingestão do cliente; - Determinar as preferências alimentares e procurar obter os alimentos preferidos;	- Conjunção da Informação e Ação.
7) Medo [do banho]	- Conversar com o cliente e avaliar <i>se</i> sua dependência é parcial ou total em relação ao banho; - Estimular a cliente a verbalizar seus temores em relação a sua limitação ou incapacidade real ou potencial.	- Conjunção de Ações.

Esta situação ilustra uma situação-problema classificada pelas enfermeiras como de *média* complexidade, não obstante elas tenham identificado, na mesma situação, *problemas* considerados de menor, média e maior complexidade. Veja-se a seguir, os Quadros 14, 15 e 16:

Quadro 14: Problemas de enfermagem de menor complexidade destacados pelas enfermeiras na situação-problema 04

Problemas de enfermagem de menor complexidade
Ansiedade
Tristeza
Medo do banho

Quadro 15: Problemas de enfermagem de média complexidade destacados pelas enfermeiras na situação-problema 04

Problemas de enfermagem de média complexidade
Habilidade física prejudicada
Déficit de auto-cuidado
Déficit de nutrição

Quadro 16: Problemas de Enfermagem de maior complexidade destacados pelas enfermeiras na situação-problema 04

Problema de enfermagem de maior complexidade
Dor aguda

Na situação-problema 04, os problemas emocionais da cliente foram classificados em grau de *menor* complexidade, em relação aos demais problemas identificados. Vale dizer que três problemas identificados - ansiedade, tristeza e medo, parecem interligados, quando avaliamos a situação da cliente como um todo. A ansiedade é definida como um incômodo, sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta espontânea. Na taxonomia da NANDA (2008), é um sentimento de apreensão causado pela antecipação de risco ou perigo. Na situação em causa, a ansiedade estava relacionada à dor, gerando medo na cliente, na contingência de alguns procedimentos de enfermagem, a exemplo do banho de aspersão. Sobre esta dificuldade (temor do banho) é importante ressaltar que, durante a coleta de dados e observação em campo de prática, a divergência de opiniões entre profissionais tornou-se um *complicandum* para as intervenções de enfermagem e a instrução dos alunos. As enfermeiras assistenciais queriam dar o banho de aspersão, com a justificativa de estimular o

auto-cuidado. As enfermeiras docentes, em vista o estado emocional da cliente, preferiam o banho no leito. A equipe médica considerava mais importante o equilíbrio emocional da cliente devido ao risco de queda no banho de aspersão. E isto mantinha a cliente insegura, enquanto o seu problema de *medo do banho* não era resolvido [Conjunção de um Projeto e de uma Situação e Conjunção do Articulado e do Jogo].

No quadro 15, listamos os problemas de enfermagem de *média* complexidade, conforme classificados pelas enfermeiras, e pode se observar que estão diretamente relacionados à dependência do cliente aos cuidados de enfermagem [Conjunção Observado e Observante]. Por exemplo, a habilidade física prejudicada e o déficit de auto-cuidado (NANDA, 2008) implica no auxílio do profissional de enfermagem em cuidados de higiene, de posicionamento e movimentação no leito, de levantar-se, sentar-se, de oferecer a dieta oral, entre outros. Ou seja, requer a ajuda da enfermeira em vários momentos para a cliente sentir-se mais confiante, tranqüila e segura. O déficit nutricional, ligado ao principal motivo de internação hospitalar (deficiência de vitamina e anemia) torna-se, para a enfermeira, um problema de *média* complexidade, uma vez que a cliente é receptiva, aceita as orientações da equipe de saúde e está aceitando, razoavelmente, a dieta hospitalar [Conjunção do Autônomo e do Solidário].

A relação enfermeira-cliente, de certo modo, facilitou a realização dos cuidados de enfermagem. Apesar da cliente sentir-se deprimida e permanecer chorosa, a comunicação interativa favoreceu às intervenções de enfermagem. Para alguns autores, - Potter & Perry (2002) -,

“(...) A comunicação terapêutica permite uma interação entre enfermeira e paciente, e proporciona a oportunidade de se conseguir um relacionamento humano que atinja os objetivos da assistência. O uso da comunicação terapêutica pela enfermeira aumenta a aceitação e a compreensão do paciente quanto à realização dos procedimentos”.

Outros autores afirmam que a comunicação deve ser considerada como competência

interpessoal a ser conquistada pelo enfermeiro, a qual, empregada de modo terapêutico, possibilitará o atendimento do cliente em todas as suas dimensões (STEFANELLI, 1993).

No quadro 16, pode-se verificar que as enfermeiras classificaram a dor como um problema de *maior* complexidade. A dor é definida, então, como uma experiência sensorial e emocional intolerável aliada à lesão tissular real ou potencial, ou, ainda, como descrita, na situação da cliente, uma dor corporal intensa aliada à movimentação; e pode ser de início súbito ou lento, de intensidade leve ou aguda, e com duração imprevisível (NANDA, 2008). É importante a enfermeira avaliar e registrar a característica, a frequência e intensidade da dor. Porém, nesta situação específica, não foi registrado qualquer referência da parte das enfermeiras no prontuário da cliente. Cabe ressaltar que a dor nos membros inferiores (queixa da cliente) evidencia um sintoma ainda sob investigação pela equipe médica, principal motivo para a cliente ficar mais ansiosa e com medo de se movimentar, resistindo à colaboração nos procedimentos e cuidados de enfermagem.

Durante a observação de campo e a coleta de dados, percebemos que as enfermeiras, nas mais das vezes, se preocupavam em resolver problemas de enfermagem imediatos, ou seja, se a cliente acusava dor, a primeira providência era verificar na prescrição médica algum analgésico prescrito. Contudo, se a avaliação contínua é prejudicada e se é necessário estimular o autocuidado, como a enfermeira pode efetuar suas atividades de trabalho com a cliente, no sentido de ajudá-la a diminuir seus temores e aflições?

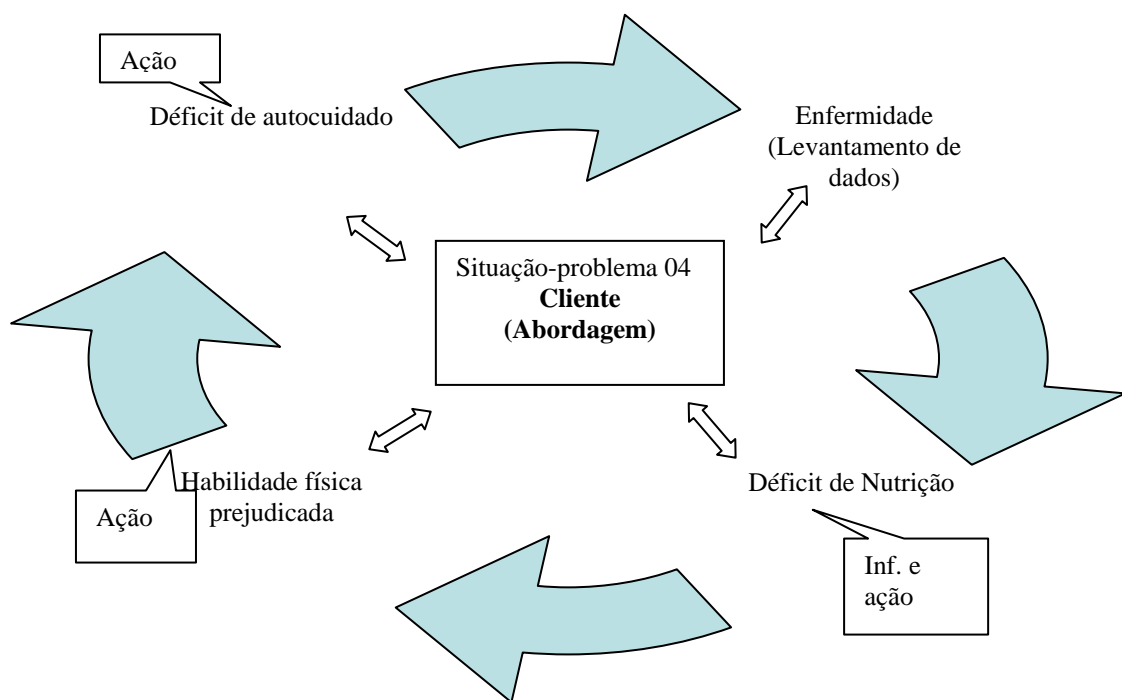
Nas intervenções a médio e longo prazo é importante que a enfermeira possa prever e providenciar medidas de conforto, tais como massagem, banhos diários (no leito ou de aspersão com auxílio), exercícios de ótima atividade e, se for o caso, mudanças de posição e técnicas de relaxamento. Essas medidas reduzem a tensão, o medo ou o espasmo muscular, redistribuem a pressão nas áreas do corpo e ajudam o cliente a centralizar a atenção em assuntos não relacionados com a dor. É necessário registrar, com certa frequência, a queixa

do cliente em relação à característica e à intensidade da dor (numa escala de 0 a 10). E isto trata-se de um critério para auxiliar no planejamento das intervenções de enfermagem, e na avaliação de uma possível redução de fármacos analgésicos, de acordo também com a avaliação médica.

Com base nesta análise, cabe-nos destacar no Raciocínio 04, os problemas de enfermagem classificados como de *média* complexidade e as possíveis *conjunções* de complexidade como relacionadas ou ilustradas no diagrama, a seguir

Raciocínio 04

Problemas de enfermagem de *média* complexidade e *conjunções* de complexidade



Comparado-se o movimento do pensamento, no Raciocínio 04, e as atividades das enfermeiras, em âmbito de uma prática viva, pode-se depreender (talvez) que há uma real preocupação das enfermeiras, nas situações de média complexidade, e na contingência de problemas específicos da esfera do *agir* profissional. As Conjunções de Ações ficam mais

evidentes do que as Conjunções da Informação e a Ação (conhecimento teórico?), uma vez que a situação não demanda um conhecimento específico da doença ou de como lidar com algum tipo de problema *inesperado* na situação. Nesse sentido, é importante enfatizar que talvez não se trate, propriamente, de falta de conhecimento de apoio, desconhecimento de uma doença, ou da utilidade dos princípios de enfermagem. Mas, de acordo com as respostas das enfermeiras, observa-se que há, principalmente, uma preocupação prejudicada em relação à aplicabilidade e à exeqüibilidade dos cuidados básicos de enfermagem para uma dada situação (a exemplo de dúvidas na prescrição de banho no leito ou banho de aspersão).

Situação-problema 05

J.G.S., 20 anos, sexo masculino, internado há 02 meses na clínica médica. Paraplégico após PAF (Projétil de Arma de Fogo), algemado e sob custódia policial, com febre a esclarecer. Acamado, cooperativo, atendendo às solicitações verbais, porém fala pouco sobre sua condição. Queixa-se de dor em todo o corpo. Não consegue controlar a diurese espontânea. Ao exame físico: com febre, normotenso, pele com integridade comprometida em partes do corpo, úlcera de pressão (estágio IV) nas regiões sacra e trocanteriana direita, e com necrose isquêmica em larga extensão. Membros inferiores com pele ressecada. Sinais vitais sem alterações.

Com base na situação-problema 05, listamos no Quadro 17 os problemas e os cuidados de enfermagem com as *conjunções* de complexidade pertinentes:

**Quadro 17: Problemas e cuidados de enfermagem na situação-problema 05 aliados
às *conjunções* de complexidade**

Problemas de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Conjunções de complexidade
1) Mobilidade no leito prejudicada	- Posicionar cliente de forma que sua estrutura corporal fique alinhada, promovendo maior conforto; Conversar com policial e definir estratégias para proporcionar o conforto do cliente e ao mesmo tempo segurança a equipe de saúde.	- Conjunção de Ação; - Conjunção de um Projeto e uma Situação. - Conjunção do Articulado e do Jogo.
2) Integridade da pele prejudicada	- Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas; - Avaliar diariamente e realizar curativo nas úlceras de pressão.- Utilizar colchão especial (caixa de ovo ou pneumático).	- Conjunção de Ação; - Conjunção da Informação e Ação.
3) Dor	- Identificar fatores que intensificam e atenuam a dor [Havia o questionamento pela enfermeira, porém a única intervenção realizada era a administração de analgésico].	- Conjunção da Informação e Ação. - Conjunção de Ação
4) Hipertermia	- Monitorar a temperatura a cada 4 horas ou conforme a necessidade; - Administrar antipirético conforme prescrição médica; - Monitorar e registrar frequência e ritmo cardíaco e respiratório; - Estimular o cliente a ingerir maior quantidade de líquido possível.	- Conjunção da Informação e Ação. - Conjunção de Ação.
5) Risco de infecção	- Lavar as mãos antes e após prestar assistência; - Usar luvas para manter a assepsia; - Monitorar temperatura e registrar em um gráfico (Curva térmica).	- Conjunção da Informação e ação. - Conjunção de Ação
6) Eliminação urinária prejudicada	- Realização de cateterismo de alívio usando técnica limpa e estéril, registrando o volume de urina espontâneo e o volume obtido pela cateterização.	- Conjunção de Ação - Conjunção da Informação e Ação
7) Déficit no	- Auxiliar na higiene, banho,	- Conjunção de Ação

autocuidado	movimentação do cliente no leito;	- Conjunção de Informação e Ação
8) Disfunção sexual	- Conversar com cliente para esclarecer suas dúvidas em relação ao seu estado de saúde; Oferecer apoio emocional; - Orientar sobre métodos Alternativos de expressão sexual.[Intervenções realizadas por acadêmicos de enfermagem, orientados pelo enfermeiro docente].	- Conjunção de Ação. - Conjunção de Informação e Ação.

No quadro 18, listamos os problemas de enfermagem que as enfermeiras classificaram como de *média* complexidade:

Quadro 18: Problemas de Enfermagem de *média* complexidade identificados pelas enfermeiras na situação-problema 05

Problemas de enfermagem de média complexidade
Mobilidade no leito prejudicada
Integridade da pele prejudicada
Dor
Hipertermia
Risco de Infecção
Risco de Integridade da pele
Estimulação urinária prejudicada
Déficit no autocuidado
Disfunção sexual

O cliente JGS apresenta-se, na situação 05, com vários problemas de enfermagem, porém suas queixas estavam mais relacionadas à dor física. Contudo, o que mais dificultava a realização de alguns cuidados era o fato de estar sob custódia policial e algemado no leito [Conjunção do Articulado e do Jogo]. A exigência da presença do policial, no setor de enfermagem, durante a execução dos procedimentos, era uma regra legal imposta, porém, às vezes, a ausência do policial, atrasava o planejamento do trabalho da equipe de enfermagem. O grau de *média* complexidade da situação relacionava-se, também, às dificuldades nas atividades de relacionamento e interação (Conjunção da Ação).

Nesta situação, as dificuldades dos problemas identificados aumentam o grau de

complexidade, no sentido de haver ou não só os fatores intrínsecos, mais os fatores extrínsecos aliados à condição do cliente diante da lei. Isto é, a exemplo da disponibilidade ou não de um policial no cenário hospitalar. Vale dizer, que, além do mais, é complicado, para uma outra pessoa que não pertence à equipe de enfermagem, compreender a rotina das atividades de prever e prestar cuidados de enfermagem. Neste aspecto, qualquer procedimento, que dependa de alguém que não faça parte da equipe de saúde, interfere e dificulta o trabalho profissional.

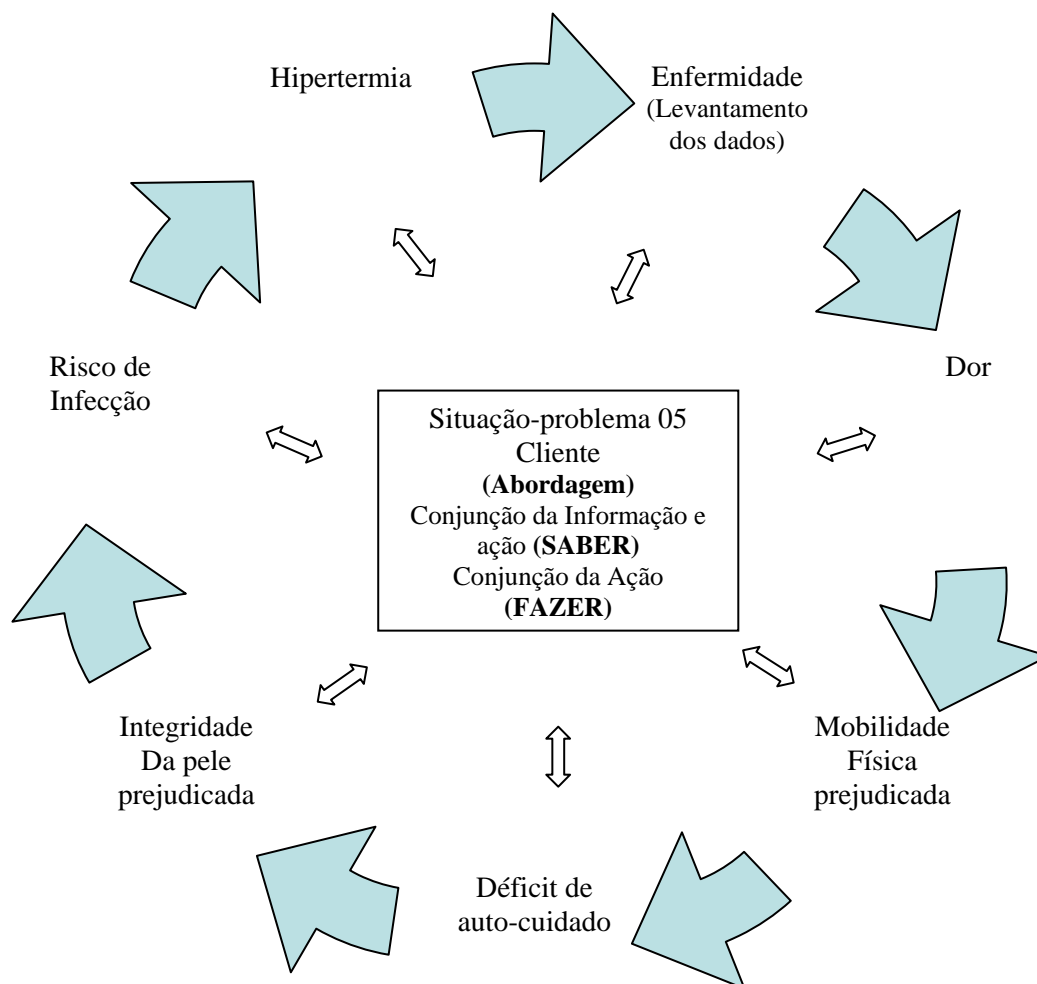
De acordo com a posição das enfermeiras, o cliente JGS não se comunicava devidamente e necessitava de uma interação mais efetiva com os profissionais a fim de expressar seus sentimentos. Todavia, o fato de cuidar de um indivíduo algemado provocava, nas enfermeiras, um certo receio (algumas se queixavam de medo). Neste caso, muitas intervenções foram realizadas por um enfermeiro docente e alguns estudantes de enfermagem. Dentre as respostas obtidas, o ensino era dificultado pelo medo do próprio professor em estar atento a qualquer atitude de fuga do cliente, por mais que ele estivesse algemado e até debilitado por sua própria condição física. Por isso, a presença de um policial era imprescindível para garantir a segurança durante os cuidados.

Vale ressaltar também que, um cliente sob custódia policial, por si só, já dificultava a interação e comunicação do mesmo com a equipe de enfermagem. Apesar de cooperar com as solicitações da equipe, o próprio cliente não comentava sobre seus sentimentos relacionados ao seu estado de saúde e nem à sua receptividade ou não aos cuidados. Pelo lado da equipe de enfermagem, a imagem de “um indivíduo algemado” não estimulava o interesse por parte das enfermeiras, o que prejudicava a descoberta de qualquer problema não-evidente, de ordem psicológica ou emocional. Dessa forma, a Conjunção de Informação e Ação e Conjunção da Ação apareceram de forma significativa, no caso desta situação-problema 05, conforme pode-se observar na ilustração do Raciocínio 05, com a interrelação de alguns problemas de *média*

complexidade:

Raciocínio 05

Interrelação de problemas de Enfermagem de *média* complexidade e *conjunções* de complexidade na situação-problema 05



Nas situações-problema classificadas, nesta pesquisa, como de *média* complexidade, observa-se que as respostas das enfermeiras condizem ora com facilidades ora com dificuldades durante a execução dos cuidados realizados, tais como dispostas no Quadro 19, a seguir:

Quadro 19: Facilidades e Dificuldades encontradas pelas enfermeiras nas situações-problema de *média* complexidade

Facilidades	Dificuldades
Boa interação com o cliente	Falta de recursos materiais
Boa vontade da equipe de enfermagem	Falta de cuidados preventivos em relação às úlceras por pressão
Exame físico	Falta de assistência sistematizada
Boa receptividade	Disponibilidade do policial para retirar cliente do leito
-----	Punção periférica
-----	Interação no primeiro dia
-----	Falta de registro no prontuário

É interessante observar, neste quadro, que uma situação-problema de *média* complexidade tem, como *facilidades*, elementos relacionados à interação enfermeira-cliente e à interação enfermeira- equipe de enfermagem (Conjunção de Ação).

Segundo Ferreira *et al* (2005, p.43) “(...)as formas de expressividade do ser humano são fundamentais para a arte de cuidar e para manter uma boa qualidade do cuidado, uma vez que estão ligadas às formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e valorizar o outro”.

Ao avaliar o *grau* de complexidade das situações, é preciso ter em mente que a interação influencia de forma significativa os cuidados de enfermagem. E pode-se dizer que, para as enfermeiras, uma complexidade compreendida como de grau “médio”, tem como *dificuldades*, não só os cuidados de enfermagem mais *simples*, como no caso da atenção de uma punção periférica, como também os problemas de ordem administrativas e/ou institucionais como a falta do *registro* dos cuidados no prontuário do cliente. Quanto à relevância dos registros de enfermagem, Soares (2004, p.135) afirma:

(...)“Um relatório bem elaborado, com anotações e/ou registros precisos e essenciais, no boletim de atendimento [ou na folha de evolução de enfermagem], tanto auxilia o diagnóstico, como garante a continuidade do tratamento do cliente, fornece dados que servem de base para observações posteriores, atendendo assim aos aspectos éticos

e exigências jurídicas que cada caso requer”.

À análise das respostas das enfermeiras, o que se ressalta, como *mais* ou *menos* complexo, tem a ver com a relação entre elementos da situação e elementos dos cuidados de enfermagem. Daí a definição de *conjunção* aliada ao tipo de complexidade. Por exemplo, uma punção periférica implica um cuidado de enfermagem designado, pelas enfermeiras, de *média* complexidade em relação a uma dada situação. Na situação-problema 05, o grau de *média* complexidade atribuído, pelas enfermeiras, ao cuidado do cliente algemado, inclui fatores intrínsecos e extrínsecos, e, ainda, a potencial presença ou ausência do policial no setor (Conjunção de um Projeto e de uma Situação e Conjunção do Articulado e do Jogo).

Talvez a falta de uma sistematização da assistência de enfermagem, possa agravar esta situação em seu grau de complexidade pelo déficit de registros de enfermagem. Todavia, para as enfermeiras, os problemas de enfermagem, pertinentes a situação específica do cliente, têm implicação direta com a ordem institucional e a própria organização dos serviços de enfermagem (Conjunção da Ordem e Desordem). Nos gráficos 05 e 06 abaixo, encontram-se listadas, quantitativamente, as facilidades e as dificuldades relatadas pelas enfermeiras:

Gráfico 05

Facilidades encontradas pelas enfermeiras nas situações-problema de média complexidade

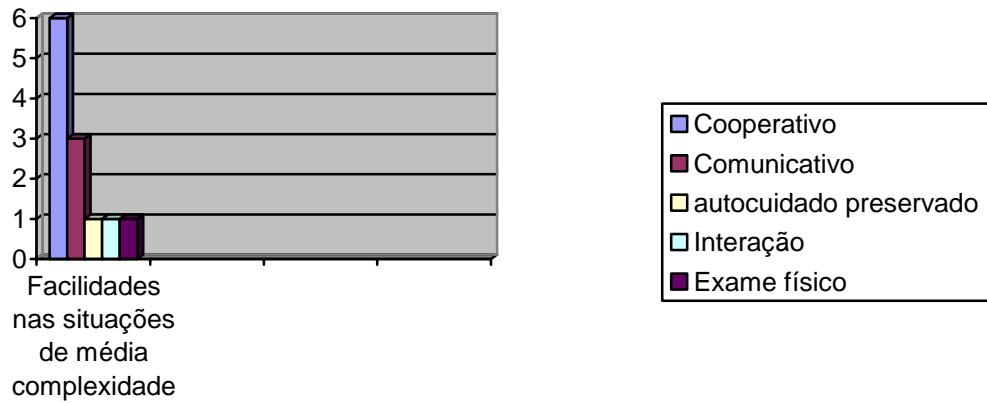
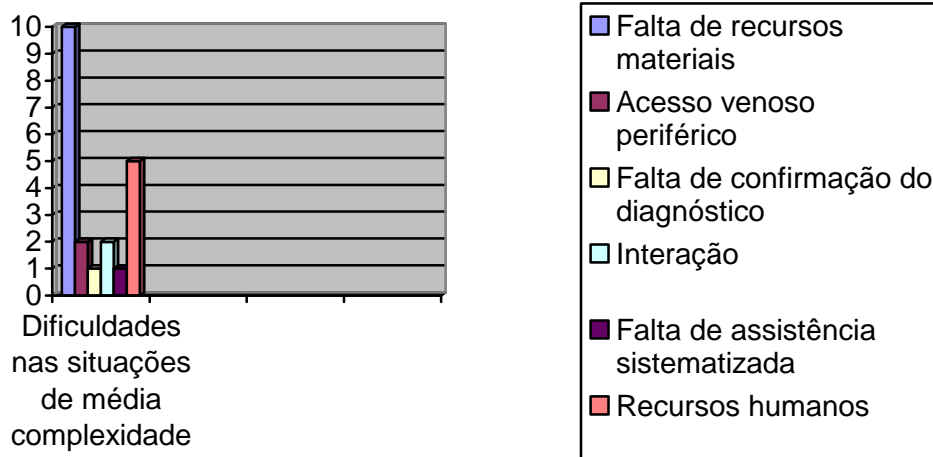


Gráfico 06

Dificuldades encontradas pelas enfermeiras em situações-problema de média complexidade

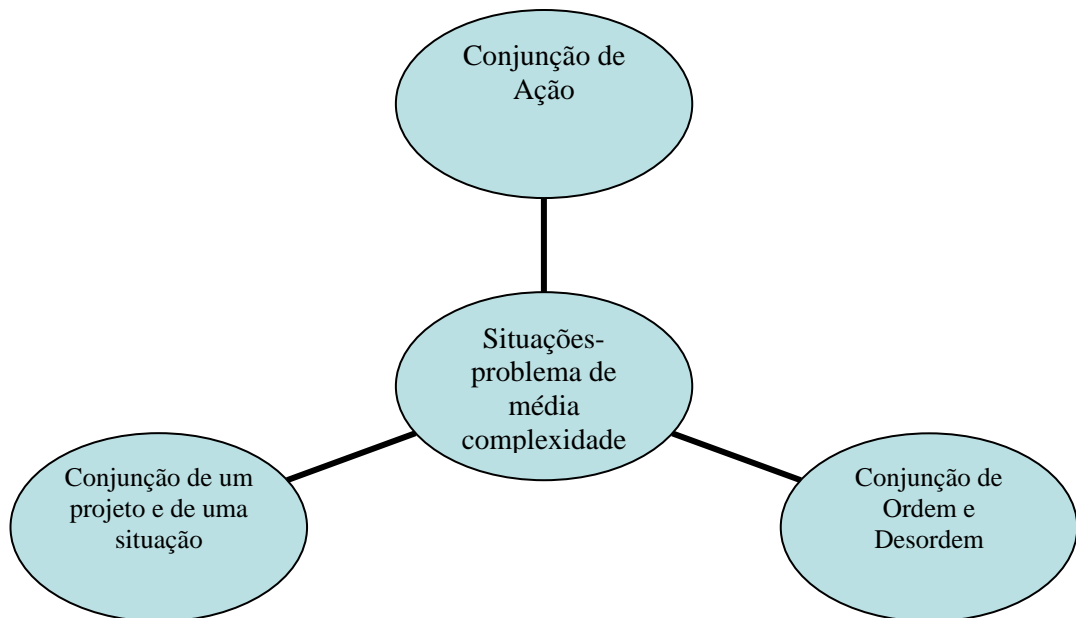


Esses dois gráficos mostram que, de acordo com as respostas das enfermeiras, as situações-problema de *média* complexidade estão ligadas às Conjunções de Ação, Conjunções de Ordem e Desordem e Conjunção de um Projeto e uma Situação, perpassando todo o

planejamento das ações de enfermagem. Observamos que a falta de recursos materiais e humanos ainda é um problema que dificulta as ações de enfermagem, principalmente em situações que demandam grande quantidade de cuidados ao cliente. Veja-se, no diagrama 02, a representação das situações de *média* complexidade e as *conjunções* de complexidade envolvidas:

Diagrama 02

Conjunções de complexidade em situações-problema de *média* complexidade



O diagrama 08 mostra que as situações-problema de *média* complexidade envolvem não mais uma preocupação maior sobre o conhecimento e o tratamento acerca da doença, mas sim ações pertinentes a todo o ambiente, o qual deverá ser terapêutico e com possibilidade de garantir, ao cliente, uma assistência de enfermagem de qualidade. Sobre as dificuldades das enfermeiras em atender diretamente aos clientes entendidos como de “*média* complexidade”, - Figueiredo e Santos (2004, p. 98) comentam:

(...)“Isto geralmente acontece por estarem [as enfermeiras] constantemente envolvidas com o preparo do ambiente terapêutico. Para tanto, elas realizam previsão, provisão, controle e avaliação dos recursos ambientais (local de acolhimento, locais de realização de exames e cirurgia), de materiais (equipamentos, mobiliário hospitalar próprio de unidade de internação, roupas, medicações), e de documentos (impressos componentes do prontuário dos clientes, receituários, formulários de exame diagnósticos e de pareceres específicos da situação de saúde)”.

A importância do ambiente para a recuperação do cliente vem sendo ressaltada, no ensino e na prática de enfermagem, desde a época de Florence Nightingale (1889), a qual estabelece a conservação do ambiente terapêutico como primeira regra dos cuidados de enfermagem. Nas palavras da insigne fundadora da Enfermagem Moderna:

“O primeiro e último princípio sobre o qual a atenção da enfermeira deve fixar-se, essencialmente, para o doente, sem o que todo o restante do que possa fazer-se por ele não terá nenhum valor, e com o qual, em minha opinião, tudo o mais pode ser perfeitamente esquecido, é este: conservar o ar que ele respira tão puro quanto o ar exterior”.

O ambiente, por ser o local onde as ações de enfermagem são realizadas, reúne toda a organização dos cuidados a serem realizados, os relacionamentos interpessoais, os recursos materiais para as intervenções de enfermagem, entre outros aspectos destacados que influenciam no conforto e bem-estar do cliente. Para Santos (2004), a idéia do ambiente do cliente deve ser entendida como *“um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações”*, ou seja, sistemas de técnicas e tecnologias e sistemas de *ser*, de *ter*, de *saber* e de *fazer*.

No ambiente, encontram-se ações que se ligam à ordem e à desordem do meio, ao qual

o cliente hospitalizado está inserido. A “ordem” do processo de enfermagem, por exemplo, que consiste em observar, coletar os dados, identificar os diagnósticos de enfermagem, planejar, implementar e avaliar, pode acontecer – segundo afirmação de Morin (2008) - mesmo na “desordem” do ambiente. Assim, o local onde se encontra o cliente, precisa de consideração, tendo em vista todos os fatores que, possivelmente, interferem no grau de complexidade da situação-problema que o envolve, tal como no caso dos recursos materiais.

4.3) Sobre as situações-problema de *menor* complexidade

Situação-problema 06

M.P., sexo feminino, 72 anos, enfermeira. Há dois anos iniciou tremor em MSD, que melhorava com o posicionamento do membro. Há cerca de 8 meses iniciou tremor nos lábios e apresentou 3 episódios de queda. No banheiro teve queda com vômito associado. Apresenta confusão mental. História familiar: Duas primas de primeiro grau com doença de Parkinson. No momento, encontra-se deitada, acordada, sem queixas álgicas, orientada no tempo e no espaço (soube relatar o motivo da internação). Presença de punção venosa periférica em MSE fluindo soro fisiológico, com hematomas neste membro. Relata dificuldade para dormir devido aos ruídos à noite; aceita bem a dieta oral; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações; eupneica, afebril, anictérica. Membros inferiores sem edemas.

A seguir, pode-se observar, no Quadro 20, os problemas, intervenções de enfermagem e conjunções de complexidade:

**Quadro 20: Problemas e cuidados de enfermagem na situação-problema 06 aliados às
conjunções de complexidade**

Problemas de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem	Conjunções de Complexidade
1- Cliente acamado 2- Dificuldade em manter o corpo alinhado 3- Segurança	Banho de aspersão Manter cabeceira Elevada a 30 graus. Manter apenas uma grade elevada, pois com as duas grades a cliente relata ter fobia;	- Conjunção de Ação - Conjunção de Informação e Ação - Conjunção de Informação e Ação
4- Confusão mental	Avaliar durante a interação períodos de confusão mental;	- Conjunção de Informação e Ação
5- Tontura e desequilíbrio	Observação rigorosa durante os cuidados prestados	- Conjunção de Informação e Ação.

Não obstante os problemas como identificados nesse quadro, na interação com a cliente os cuidados de enfermagem foram realizados sem maiores dificuldades, exceto pela indicação do banho de aspersão com auxílio de cadeira higiênica. Como a cliente não ofereceu resistência aos cuidados oferecidos, os problemas de enfermagem foram designados, pelas enfermeiras, como de fácil execução e a situação-problema definida como de *menor* complexidade (?!). O quadro 21, a seguir, mostra os problemas identificados, pelas enfermeiras, e de acordo com o grau de complexidade atribuído pelas mesmas:

**Quadro 21: Problemas de enfermagem de *menor* complexidade identificados
na situação-problema 06**

Problemas de enfermagem de <i>menor</i> complexidade
Sono alterado
Risco para quedas
Déficit no auto-cuidado

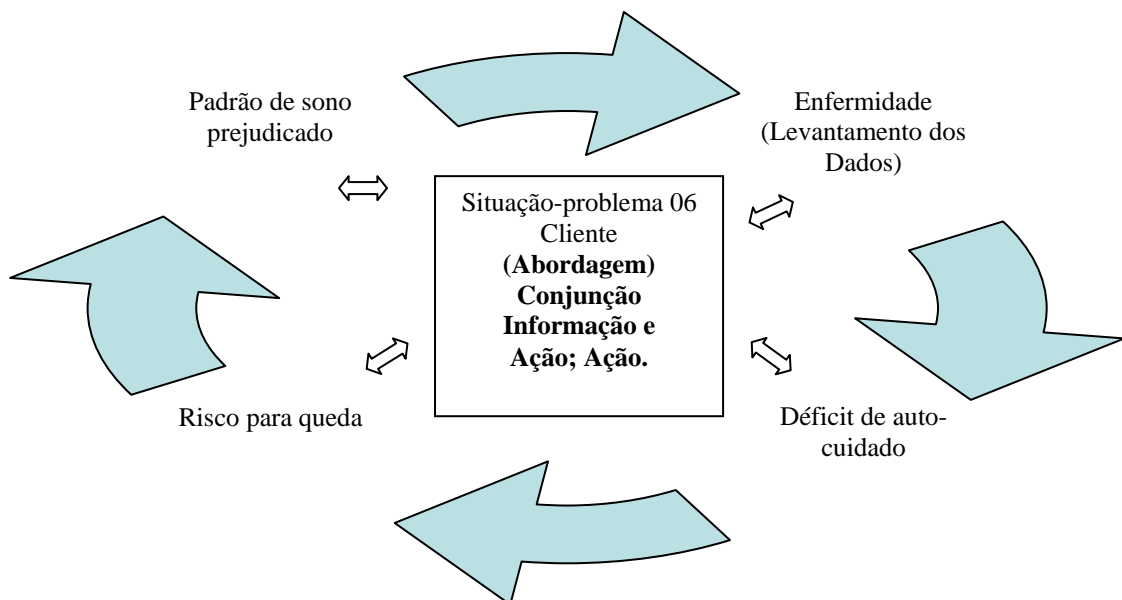
De acordo com as respostas das enfermeiras, esta classificação foi realizada a partir da entrevista e exame físico. Segundo uma das enfermeiras: “*As necessidades humana básicas*”

estão preservadas e, por isso, a cliente é de menor complexidade” (Enfermeira Rosa).

Com efeito, em todas as situações-problema, o que se pôde notar/verificar é que as enfermeiras atribuem o grau de *menor* complexidade segundo a receptividade/cooperatividade do cliente em relação aos cuidados de enfermagem oferecidos/prestados. Pode-se até inferir que as enfermeiras, em suas respostas, nesta pesquisa, não consideram, em primeira instância, o estado de saúde ou a natureza da doença. Incluídos o prognóstico e o tratamento. Na situação-problema 06, apesar do déficit no auto-cuidado, a cliente era considerada uma pessoa tranqüila quanto à capacidade de auxiliar e cooperar nas atividades solicitadas. Vejamos no Raciocínio 06 os problemas de enfermagem de *menor* complexidade e as conjunções relacionadas:

Raciocínio 06

Problema de enfermagem de menor complexidade e conjunções de complexidade



O diagrama (Raciocínio 06) ilustra que, em uma situação de *menor* complexidade, a Conjunção da Informação e Ação e a Conjunção da Ação relacionadas à interação e ao *saber-fazer* de enfermagem. Todavia, ao responderem sobre facilidades e dificuldades, as

enfermeiras, nas situações classificadas como de *menor* complexidade, listaram suas designações conforme o Quadro 22:

Quadro 22: Facilidades e dificuldades nas situações-problema de *menor* complexidade

Facilidades	Dificuldades
Autocuidado preservado	Recursos materiais escassos
Cliente da área da saúde	Falta de tempo para apoio emocional
Lúcida	Falta de atividades de lazer
Cooperativa e comunicativa	-----

A partir do quadro 22, elaboramos os gráficos 07 e 08 com o quantitativo das respostas das enfermeiras acerca das facilidades e dificuldades nas situações-problema de *menor* complexidade:

Gráfico 07
Facilidades encontradas pelas enfermeiras nas situações-problema de *menor* complexidade

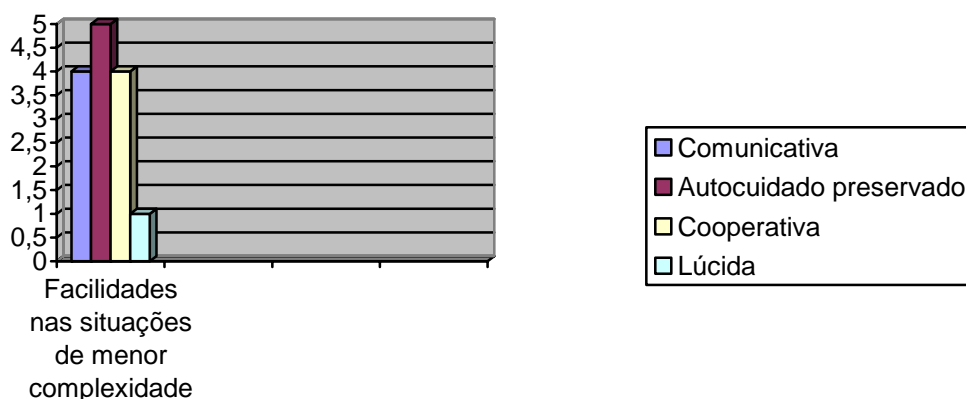
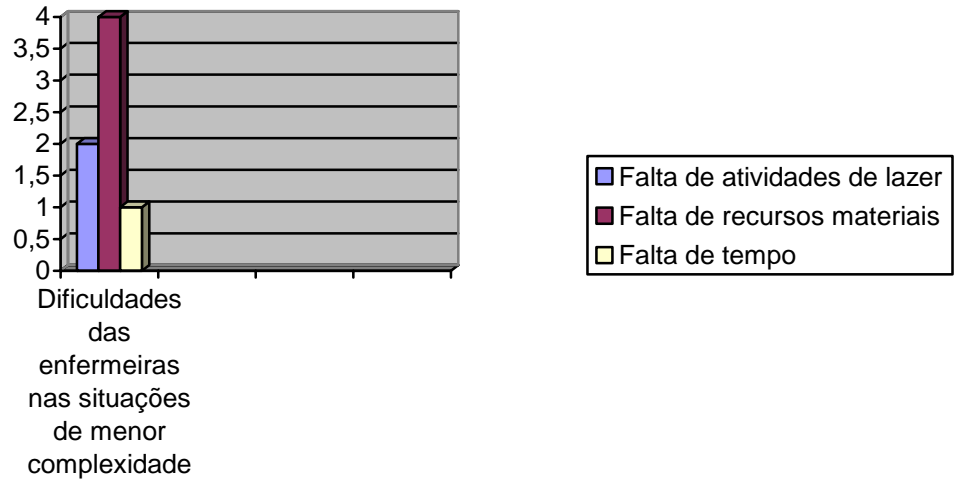


Gráfico 08

Dificuldades encontradas pelas enfermeiras nas situações-problema de menor complexidade



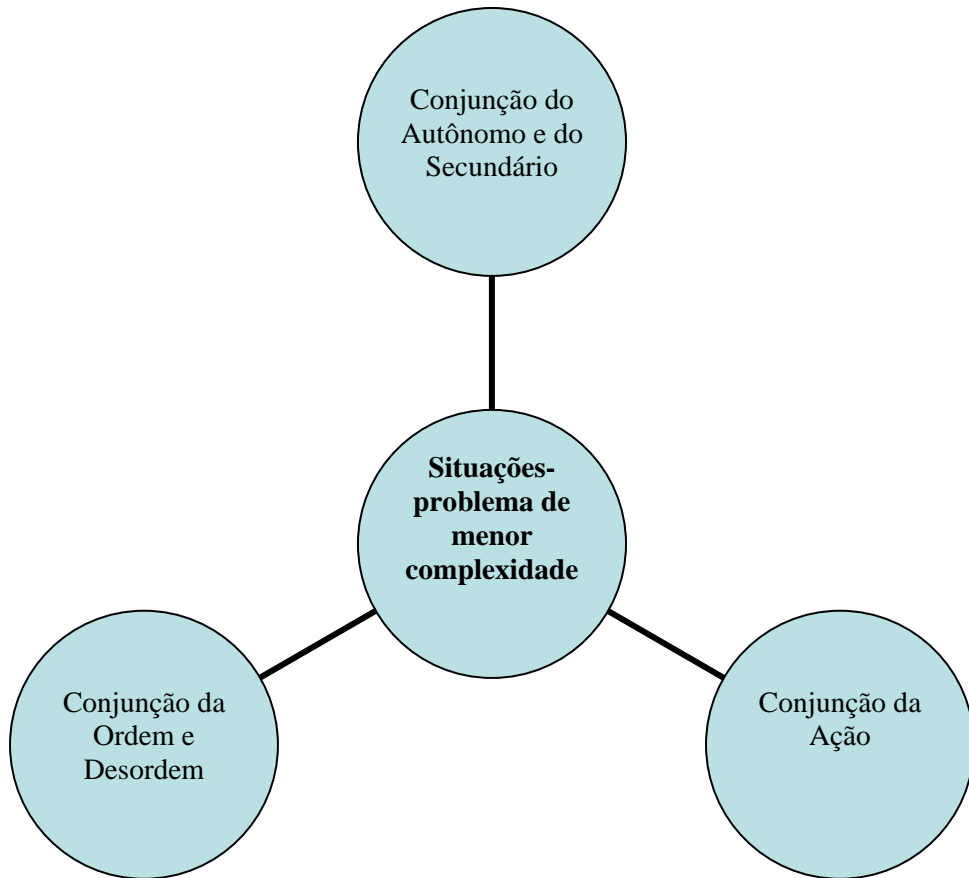
De acordo com os gráficos 07 e 08, pode-se observar que as situações-problema que as enfermeiras consideram como de *menor* complexidade são aquelas em que o cliente é cooperativo e comunicativo [Conjunção do Autônomo e do Solidário]. Quando analisamos, anteriormente, as facilidades das situações de *maior* e de *média* complexidade, a cooperatividade e a comunicação do cliente junto às ações de enfermagem reduziam as dificuldades das situações (complexidade), mesmo que houvesse, na ocasião, a execução de cuidados de enfermagem ou a presença de outros elementos que interferiam na complexidade de um modo geral.

De certo modo, a comunicação verbal ou não-verbal é importante durante todo o processo de cuidar do cliente hospitalizado, principalmente durante os procedimentos de enfermagem, como o banho no leito, onde há muita proximidade e o *toque*. O cliente deve ser orientado sobre tudo que está sendo efetuado e acontecendo ao seu redor (ambiente e ações envolvidas), onde a enfermeira necessita muitas vezes ouvir e compreender seus sentimentos,

expectativas e angústias, a fim de identificar as necessidades a serem atendidas. Segundo Ferreira e *et cols* (2005, p.43), “*As formas de expressividade do ser humano são fundamentais para a arte de cuidar [assistência de enfermagem] e para manter uma boa qualidade no cuidado, uma vez que estão ligadas às formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro*”.

Causa certa *estranheza* o fato do cliente ser receptivo e cooperativo diante de alguns problemas de enfermagem tais como considerados pelas enfermeiras, a exemplo do que elas consideram de *menor* complexidade (situação-problema 06). O sono prejudicado é, às vezes, um problema para o cliente, e se não demandar uma preocupação e um cuidado da enfermeira, no que concerne às possíveis causas, pode implicar em outras dificuldades: mudança de humor, fadiga, indisposição, falta de receptividade, ou outros sintomas, o que poderá até mesmo alterar o *grau* de complexidade da situação-problema, podendo variar de *menor* para *maior* complexidade. Veja-se o Diagrama 03 sobre as *conjunções* que caracterizaram as situações-problema de *menor* complexidade:

Diagrama 03
Tipos de *conjunções* nas situações-problema de *menor* complexidade



Nesse diagrama 03, pode-se observar que a Conjunção da Ordem e Desordem e a Conjunção da Ação estão presentes, também, nas situações-problema de *menor* complexidade. Isto significa dizer que, qualquer situação-problema tem sua própria complexidade – menor, média ou maior –, o que caracteriza essencialmente sua natureza *complexa*. Independentemente de fatores que podem favorecer ou não o planejamento dos cuidados, há sempre alguns elementos que podem implicar em dificuldades na totalidade do contexto situacional. A Conjunção do Autônomo e do Solidário corresponde, nas mais das vezes, à redução do grau de complexidade em todas as situações-problema. Nas respostas das enfermeiras, a

independência, cooperação e capacidade de auxílio do cliente, durante os cuidados, facilitavam ou reduziam o grau de complexidade.

Assim sendo, pode-se assumir *posição* e *afirmar* sobre os resultados obtidos, nas respostas das enfermeiras, da seguinte forma:

- Pelas respostas das enfermeiras, ou elas não compreendem bem ou não conseguem se pronunciar bem sobre o grau de complexidade – menor, média ou maior - das situações-problema.
- As enfermeiras, ao classificarem as situações dos clientes, destacam as condições em que os indivíduos (clientes hospitalizados) se encontram e associam facilidades ou dificuldades de cuidar à realidade institucional, ao conhecimento específico de apoio (precário/insuficiente?) e às suas experiências de trabalho.
- As enfermeiras classificam os problemas de enfermagem por atribuições segundo os termos das prioridades para atender aos planos e às intervenções em todo o processo de enfermagem.

Além dessas três possíveis afirmações, pode-se depreender dos resultados obtidos, e consoante às respostas das enfermeiras sobre o que seja *grau* de complexidade, que as situações-problema envolvendo os clientes hospitalizados podem ser designadas ou definidas, como seguem:

Situação-problema de menor complexidade – É aquela em que o cliente tem suas necessidades individuais preservadas, e quando ele é receptivo e colabora com as enfermeiras em seu próprio cuidado, seja pela capacidade de auto-cuidar-se, ou porque está lúcido e orientado no tempo e espaço (Conjunção do Autônomo e do Solidário). Esse grau *menor* é dificultado, quando os recursos materiais são escassos, ou porque há falta de tempo para dar auxílio e apoio ao cliente (Conjunção da Ordem e da Desordem).

Situação-problema de média complexidade – É aquela em que o cliente apresenta riscos a mais para sua própria condição e, também, riscos para efetuação dos cuidados, em âmbito de processo de enfermagem, e exigindo cuidadosa atenção às suas necessidades humanas básicas e de cliente hospitalizado (um cliente suspeito com idéia de suicídio pode alterar o grau de média para maior complexidade em dada situação). Pode ou não haver uma boa interação enfermeiro-

cliente (Conjunção da Informação e Ação e Conjunção da Ação), mas geralmente há a cooperação do cliente, o que facilita o alcance de objetivos dos cuidados de enfermagem; quando um cliente se apresenta hemodinamicamente estável, podendo manifestar inesperadamente sintomas adversos à melhoria de seu estado de saúde - cansaço, dispnéia aos esforços e outros. As maiores dificuldades referidas pelas enfermeiras estão relacionadas à falta de recursos humanos e materiais (Conjunção da Ordem e Desordem).

Situação-problema de maior complexidade – É aquela em que o cliente se manifesta com várias dificuldades e ampliada margem de riscos, o que exige o apoio do conhecimento teórico específico da enfermeira sobre causa da hospitalização, condições de afecção e tratamento específico (Conjunção da Informação e Ação). E quando o ambiente e a circulação de profissionais pode ser um fator agravante do seu estado de saúde, a exemplo da situação de um cliente com doença rara e que demanda muita curiosidade, mesmo de profissionais, mormente se não se pode dispor de uma unidade exclusiva (Conjunção da Ordem e Desordem e Conjunção da Ação). Também quando as condições do cliente demandam muita atenção e com exigência de múltiplos cuidados de enfermagem e de outros profissionais (Conjunção da Ação).

2ª Categoria – Situações-problema Inesperadas

Nesta 2ª categoria, tratamos de discutir que os *graus* de complexidade - menor, média e maior – como podem se manifestar ou estar presentes nas situações de enfermagem. A diferença de gradação de um grau *menor* para outro *maior*, e vice-versa, pode se apresentar de forma *inesperada*, em momentos subseqüentes ou conseqüentes, na dependência de fatores ou condições intercorrentes, guardada a relação com o estado da enfermidade do cliente. Pode-se observar isso no quadro 24, onde estão incluídos os problemas de enfermagem e os *graus* de complexidade conforme a classificação obtida com as respostas das enfermeiras.

Quadro 24: Problemas de Enfermagem e seus graus de complexidades de acordo com as respostas das enfermeiras em 30 situações-problema

Problemas de enfermagem de menor complexidade	Fi	Problemas de enfermagem de média complexidade	Fi	Problemas de enfermagem de maior complexidade	Fi
<i>Sono alterado</i>	03	<i>Edemas em Membros inferiores</i>	01	<i>Agitação</i>	01
<i>Tristeza</i>	05	<i>Flebite</i>	01	<i>Sedação</i>	01
<i>Risco para quedas</i>	01	<i>Dificuldade de acesso periférico</i>	01	<i>Mobilidade física prejudicada</i>	06
<i>Déficit de auto-cuidado</i>	02	<i>Preparo de Exames</i>	01	<i>Dor aguda</i>	05
<i>Inquietação</i>	01	<i>Risco de suicídio</i>	01	<i>Perda da integridade da pele</i>	04
<i>Ansiedade</i>	04	<i>Nutrição desequilibrada</i>	05	<i>Risco de infecção</i>	02
<i>Medo</i>	05	<i>Mobilidade física prejudicada</i>	05	<i>Padrão de sono perturbado</i>	01
<i>Medo do banho</i>	01	<i>Deglutição prejudicada</i>	04	<i>Risco de desequilíbrio de temperatura corporal</i>	01
<i>Banho no leito</i>	01	<i>Constipação</i>	02	<i>Distúrbio da imagem corporal</i>	01
<i>Higiene oral</i>	01	<i>Integridade da Pele prejudicada</i>	03	<i>Prurido</i>	01
<i>Mudança de decúbito no leito</i>	01	<i>Aspiração de traqueostomia</i>	01	<i>Troca de gases prejudicada</i>	01
<i>Integridade da Pele prejudicada</i>	01	<i>Curativo em úlcera de pressão</i>	01	<i>Déficit de auto-cuidado</i>	02
<i>Mobilidade física prejudicada</i>	01	<i>Instalação de dieta enteral</i>	01	<i>Comunicação Verbal prejudicada</i>	02
<i>Comunicação Verbal prejudicada</i>	02	<i>Manutenção do acesso venoso profundo</i>	01	.....	.....
.....	.....	<i>Dispnéia leve</i>	01	.....	.....
.....	.....	<i>Baixa auto-estima</i>	02	.....	.....
.....	.....	<i>Dificuldade de eliminação Urinária</i>	02	.....	.....
.....	.....	<i>Desequilíbrio</i>	01	.....	.....

<i>hidroeletrólítico</i>					
.....	.....	<i>Dor</i>	01	.....	.....
Total	29	-----	35		28

O quadro 24 enseja-nos visualizar o total de problemas de enfermagem por *grau* de complexidade como atribuído/descrito pelas enfermeiras. Dentre os problemas listados, a exemplo de *mobilidade física prejudicada*, pode aparecer classificado em todos os graus de complexidade. Problemas de ansiedade, medo, dor e déficit de auto-cuidado apresentaram-se também nas três classificações. O que nos leva a pensar que o grau de complexidade, entendido em relação aos problemas de enfermagem, pode variar nos termos de cada situação-problema. Isto, independentemente da condição específica deste ou de outro cliente. A classificação dos problemas de enfermagem, na sistemática processual dos cuidados de enfermagem, ocorre não propriamente por *grau* de complexidade aliada a uma dada situação-problema, mas talvez em relação a *prioridades* do *que-fazer* em âmbito de ação de enfermagem. Neste particular aspecto, permitimo-nos uma inferência, qual seja a de que as enfermeiras talvez compreendam os problemas listados como *determinantes* da complexidade do *que-fazer* no âmbito das ações de enfermagem.

Nesse sentido, as situações abrangem aspectos de complexidade, extrínsecos e intrínsecos aos cuidados de enfermagem, e incluem problemas *evidentes* e *não-evidentes*, constituintes da estrutura operante do *que-fazer* das enfermeiras e, principalmente, dos conteúdos dos cuidados básicos da arte de cuidar na enfermagem. A uma simples leitura (Quadro 24), pode-se compreender a complexidade dos problemas de enfermagem listados, implicando aspectos de fenômenos relacionados com cliente, ambiente, tempo/técnicas, entre fatores intervenientes/dinâmica processual da assistência, na atividade interativa com as pessoas, na realização de atos e operações e nos conflitos. Pelos resultados, as situações são *sistêmicas*, pois o *princípio sistêmico* permite religar o conhecimento das partes com o

conhecimento do todo e vice-versa.

Comparando-se a complexidade das situações de enfermagem a esse princípio, pode-se perceber que o cliente como um todo *situacional* extrapola a soma de vários problemas, o que impõe, em certas circunstâncias, que a enfermeira precise avaliar alguns aspectos das situações de enfermagem em relação às “partes” de seu plano de atuação para dar conta de suas atribuições frente à situação de enfermagem compreendida em sua totalidade. Para Morin (2008, p.261), “*O todo é mais do que a soma das partes, visto que em seu nível surgem não só uma macrounidade, mas também emergências, que são qualidades/propriedades novas*”.

E são nessas emergências que surge a imprevisibilidade, ou o inesperado, capaz de causar impacto nas ações de enfermagem, previamente planejadas, para a resolução de uma situação-problema. Vejamos como exemplo a situação-problema 07:

Situação-problema 07

MRS, 60 anos, sexo feminino. Internada há três meses no setor de clínica médica, com Insuficiência Renal Crônica, submetida à hemodiálise três vezes na semana, com osteoporose e fratura de fêmur. Comunicativa, lúcida, orientada, queixando-se de saudade de casa e ansiosa para a realização da cirurgia de MID. No momento, sem queixas álgicas. Obesa, acamada, com mobilidade prejudicada, porém conseguindo auxiliar as enfermeiras para o banho no leito. Aceita totalmente a dieta oral. Padrão de sono insatisfatório, pois reclamava dos ruídos no período noturno e do excesso de iluminação na unidade. Relata sentir-se às vezes deprimida por querer retornar a seu lar e por sentir-se “abandonada” no hospital, por conta das dificuldades de seus familiares para visitá-la. Ao exame físico: afebril, eupneica, normotensa, anictérica, pele ressecada. Presença de prótese dentária; fístula arterio-venosa para hemodiálise. Ausculta cardíaca e pulmonar sem anormalidades. Abdome globoso, com dor à palpação profunda. Eliminações intestinais regulares, membros inferiores livre de edemas. Mantém boa comunicação e receptividade com a equipe de enfermagem, demais profissionais e clientes hospitalizados no mesmo setor.

A situação-problema 07 foi classificada como de média complexidade, pelas

enfermeiras, que alegam a maior dificuldade para a realização do banho no leito, dado a precariedade de recursos humanos para o auxílio no procedimento e o fato da cliente ser obesa e com fratura de fêmur. A princípio, são necessárias duas a três enfermeiras, ou técnicos de enfermagem, para assegurar a realização do cuidado. Nas mais das vezes, a receptividade, comunicabilidade favorável da cliente, parecia reduzir a complexidade da situação e o procedimento do banho transcorria mais “tranquilo” e facilitando as ações de enfermagem.

Contudo, o tempo de internação dessa cliente já se alongava no setor, de modo que embora tudo parecesse previsível do ângulo de visão das enfermeiras em um momento inesperado, ela assumiu uma atitude adversa e uma conduta reativa, de negatividade e recusa aos cuidados previstos. As enfermeiras já habituadas com a cliente, encontram-se de repente com uma situação-problema modificada em seu grau de complexidade, e talvez pelo fato das enfermeiras não terem contribuído, atentamente, para agilizar a meta de solução do problema que causou a internação. Em realidade, as enfermeiras pareciam afeitas aos problemas *evidentes* da cliente, porém não se alertaram para os problemas *não-evidentes*, e se viram de modo inesperado frente a um quadro de depressão não devidamente atendido, nem sequer conversaram com a cliente para atenuar a “depressão”.

Vale ressaltar que apesar da receptividade e cooperatividade da cliente quanto aos cuidados realizados, a *ansiedade* já era um problema constante, pois a mesma não era informada, corretamente (sic), sobre a data provável para a cirurgia. Certo dia, a cliente foi encontrada chorosa e deprimida, não querendo nenhum tipo de interação com a equipe de enfermagem, com desejo de permanecer sozinha durante o dia. Nesta ocasião não foram realizados os cuidados básicos de enfermagem, somente a verificação dos sinais vitais, e até o médico responsável liberou-a da hemodiálise.

Essa situação-problema é um exemplo de como o *grau* de complexidade pode ser alterado de forma inesperada. A equipe de saúde destaca-se aqui - enfermeiras e médicos – por

um tipo de comportamento não habitual em relação a cliente, pois, afinal, a mesma era sempre cooperativa em quase todos os momentos da interação. Contudo, observamos que não há, na prática, uma preparação específica, ou uma preocupação compatível com um treinamento contínuo para que as enfermeiras possam solucionar (na medida do possível) os problemas de enfermagem não-evidentes [neste caso, depressão, saudades da família, ansiedade por conta da cirurgia]. O que é previsível, na categoria anterior, está relacionado às ações planejadas, aos problemas evidentes, ou ao que é concreto em torno do observado na situação. A percepção do aumento, ou da mudança, do grau de complexidade vai de encontro, geralmente, ao conhecimento teórico das enfermeiras, o que implica em como saber *agir* com competência para a resolução de um problema inesperado.

Para alguns autores, a competência profissional exige muito mais que domínio de *saberes*, engloba os saberes, mas não se limita a eles. É necessário assim, diferenciar a noção de *conhecimento* e de *competência*. Segundo Perrenoud (2001, p.140), (...) “*Conhecimentos são representações organizadas da realidade ou do modo de transformá-la. As competências são capacidades de ação*”.

Essa capacidade de ação está incluída na ordem e na desordem do que se pode apreender no contexto de uma situação-problema. E o que modifica o grau de complexidade está relacionado às dificuldades da situação-problema e às *incertezas* quanto à ação profissional, que precisa se efetuar, de um momento para outro, frente a condições ou fatores “inesperados”. Sobre esse aspecto, o mesmo autor afirma que (...) “*As incertezas, sempre presentes, aumentam a complexidade, pois as próprias finalidades [da ação de que-fazer] são questionadas e também as regras do jogo*” [as estratégias do profissional].

Percebe-se que, uma vez que os cuidados de rotina são “questionados”, a complexidade da situação aumenta, quando muda inesperadamente. A quebra das regras do jogo, isto é, do que é planejado e estabelecido nas normas e rotinas do setor, pode gerar *conflitos* e até mesmo

embates e insatisfação dos profissionais, pelo fato de não conseguirem realizar o que *a priori* foi estabelecido. Observamos que as enfermeiras, na situação-problema 07, criticaram a cliente, pois a mesma não aceitou tomar o banho no leito.

Nesse sentido, pode-se dizer que há um *complicandum* em torno do que as enfermeiras consideram *complexo*. Seria a não realização dos cuidados de enfermagem planejados? Ou a maior dificuldade (delas) estaria relacionada ao fato de terem que aceitar e agir diante da resistência da própria cliente? E são nesses questionamentos que se encontra a relevância da *conjunção* Informação e Ação; o *complicandum* está diretamente ligado ao grau de complexidade da situação-problema. Caberia discutir, na prática, se fosse o caso, a importância da abordagem *situacional* ao cliente, sem perder de vista a complexidade apresentada em cada situação.

Assim, cabe dizer, que (...) “reconhecer a complexidade não é apenas um ato intelectual. Também é dizer o que ela nos faz [pensar e ser], como vivemos, com nossas entranhas, nossos preconceitos, nossos medos e nossas esperanças” (PERRENOUD, 2001, p. 47). No entanto, para Morin (2008), a complexidade surge [de permeio com obstáculos] como dificuldade, como incerteza e não como uma clareza e como resposta. Nas palavras do próprio autor,

“O problema [da complexidade] é saber se há uma possibilidade de responder ao desafio da incerteza e da dificuldade. O problema não é o da completude, mas o da incompletude do conhecimento. Num sentido, o pensamento complexo tenta dar conta daquilo que os tipos de pensamento mutilante desfaz, excluindo o que chamo de simplificadores; e, por isso, ele [o pensamento] luta, não contra a incompletude, mas contra a mutilação” (MORIN, 2008, p. 170).

E nessa tentativa de obter respostas para o que se considera *complexidade* é que se

ressalta a capacidade de agir (competência) nas situações inesperadas. E essa capacidade de agir está relacionada à constante análise de uma situação-problema, pela enfermeira, diante dos problemas que podem surgir a cada instante, às vezes, inesperadamente. Quanto a esse aspecto, a competência é manifestada pelo domínio do conhecimento e pelo *habitus* profissional, o qual é “o conjunto de esquemas [conjunção do Articulado e Jogo] que permite gerar uma infinidade de práticas [estratégias do profissional ou disposições normativas assistenciais] adaptadas a situações sempre renovadas” (BOURDIEU, 1972 *apud* PERRENOUD, 2001, p.209). Desta maneira, é imprescindível que o profissional de enfermagem busque formas de adquirir mais conhecimento (educação permanente) e desenvolva o *habitus* para lidar com as situações nomeadas de complexidade, encontradas na prática assistencial. Manifestar ou demonstrar competência profissional torna-se um *imperativo* diante das situações-problema que demandam atendimento específico, peculiar, às necessidades humanas básicas. Assim, espera-se que a enfermeira seja capaz de:

- Apreciar as condições ambientais relativas aos cenários das situações de enfermagem.
- Identificar os obstáculos presentes numa situação, articulando-os com os problemas identificados no cliente e suas possíveis causas.
- Planificar as intervenções de enfermagem.
- Elaborar estratégias coerentes com a realidade assistencial, a disponibilidade de recursos humanos da equipe de enfermagem, principalmente em vista das necessidades dos clientes.
- Implementar e coordenar as estratégias pertinentes aos cuidados de enfermagem, ajustando e modelando as atribuições operacionais previstas.
- Avaliar os resultados das ações e, se necessário, reformular o plano de atividades de enfermagem.

Com efeito, o que destacamos já está previsto/discutido dentro do que se compreende por processo de enfermagem. Contudo, a nosso ver, as competências profissionais, como

registradas, aqui, compreendem o que nos diz respeito como visão de mundo dos cuidados de enfermagem e, também, como perspectiva diagnóstica do que entendemos por situações-problema, envolvendo clientes hospitalizados.

A maior dificuldade relativa a essas competências, talvez esteja radicada na fase de avaliação e na necessidade de reavaliação de atividades no contexto de ajuda ao cliente, onde se faz necessária uma observação contínua da enfermeira sobre o plano de cuidados e os resultados esperados. Cabe destacar que, a dificuldade de avaliação contínua pode estar ligada com o afastamento da enfermeira do cuidado direto ao cliente, e com a execução de atividades administrativas hospitalares. Com isso, a enfermeira em âmbito de assistência de enfermagem, não consegue ter uma visão mais plena da totalidade das situações-problema envolvendo os clientes.

Cabe ressaltar que, no setor onde foi feita a coleta dos dados, há formulários para as prescrições de enfermagem. Porém não se encontra, devidamente registrado, os termos dos planos de cuidados nem tampouco as descrições de estratégias cabíveis às enfermeiras. Quando muito tais registros surgem apenas na dependência de atividades dos alunos de enfermagem, e quando se encontram em época de estágio supervisionado. Lamentavelmente, *se* as prescrições de enfermagem não são registradas, as atribuições de atividades de enfermagem acabam sendo executadas por técnicos e auxiliares devido ao fato das inúmeras responsabilidades administrativas que a enfermeira deve cumprir. E no momento que surge algo inesperado em uma situação específica, as tomadas de decisão ficam prejudicadas e compromete a capacidade de agir, e não há espaço condizente com a plena interação enfermeira-cliente, apropriada ao reconhecimento de dificuldades e identificação das estratégias de ação.

Tendo em vista o afastamento da enfermeira dos cuidados diretos, pode-se antecipar, por suposto, que a identificação dos problemas *não-evidentes* fica comprometida. Tenha-se atenção à insuficiente interação enfermeira-cliente [a exemplo de complexidade nos termos de

Conjunção de Ações e Conjunção de Observado e Observante], que configura dificuldades para estabelecer as estratégias adequadas à solução dos mesmos. E é justamente nos problemas *não-evidentes* que surgem elementos ligados à emoção, angústia, tristeza, ansiedade, e que podem modificar a situação-problema, até mesmo de modo inesperado. Sobre esse afastamento da enfermeira dos cuidados diretos, Carvalho (1975) afirma que, -

“(...) em nossas presentemente complexas situações hospitalares, o cuidado direto de enfermagem é – ou deveria ser- a única área na qual a enfermagem tem completo controle. E, dependendo daquilo que fazemos nesta área, escrevemos nosso próprio destino e o destino mesmo do futuro da Enfermagem; e por isso, o cuidado de enfermagem deve permanecer intimamente identificado com a nossa prática profissional”

Por sua vez, - Paim (1977, p. 115) -, discutindo sobre Quantitativos e Qualitativos do Cuidado de Enfermagem, comenta que (...) *“Os enfermeiros quase não identificam ou tratam os problemas psicoespirituais. Esse ponto crítico influencia de algum modo a totalidade do cuidado”*. A autora também acrescenta que, -

“A prática profissional do enfermeiro precisa ser redefinida quanto aos aspectos próprios do cuidado direto ao paciente, mormente, porque são esses aspectos, o foco central da formação profissional do enfermeiro. Essa prática, obviamente, tem revelado quão indispensável é a consideração de um método objetivo, aplicável à sistemática de trabalho profissional, capaz de medir – quantitativamente e qualitativamente – as ações do enfermeiro, e que possa também, conduzir à avaliação da assistência de enfermagem, compreendida em dois dos seus aspectos principais: o administrativo (ligado ao subsistema de cuidados e tratamentos) e o específico (cuidados e atendimentos do paciente e de suas necessidades pessoais)” (PAIM, 1977, p.116 -117).

Além do aspecto do afastamento do cuidado direto, que prejudica a identificação dos problemas *não-evidentes*, essa autora releva a importância de um método aplicável à sistemática do trabalho profissional e, principalmente, à sistematização da assistência de

enfermagem. Questão ainda não resolvida e que, atualmente, vem sendo objeto de pesquisas (Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE). Dentre outros, o objetivo mais comum é direcionado à discussão e análise da padronização de nomenclaturas e construção de taxonomias visando resolver a problemática da sistematização da assistência de enfermagem.

Contudo, as teorias sobre esta questão permanecem, ainda, nas literaturas, são poucas as instituições que conseguiram assegurar o trabalho profissional da enfermeira nos termos de uma sistematização da assistência, e até mesmo ensejar oportunidade para as enfermeiras conscientizarem a importância do assunto para uma melhor assistência ao cliente hospitalizado.

Independente de qualquer teoria que se utilize para dar curso a uma assistência sistematizada, a nosso ver, a abordagem situacional ao cliente hospitalizado é complexa. Haja vista aos casos de situações-problema encontradas em meio assistencial fora de padrões de regulação (os planos de cuidados são praticamente assistemáticos). Por exemplo, quando emergem problemas não-evidentes, de modo inesperado, as enfermeiras defrontam-se, então, com a complexidade definida em termos de *conjunções* do Articulado e do Jogo e da Ordem e da Desordem, principalmente. Torna-se relevante, e constituem-se em base indispensável, os termos da relação enfermeira-cliente. Portanto, é fundamental a reflexão crítica *na ação* profissional de fazer as coisas na enfermagem e sobre as ações estratégicas capazes de mobilizar os saberes teórico-práticos. Nesse sentido, cabe atenção a Perrenoud (2001, p.141), quando afirma sobre a ação diante de uma situação complexa e inesperada,

“(...) É uma ação intuitiva, improvisada, heterodoxa do ponto de vista dos padrões da profissão. Pode ser mais eficaz do que uma ação raciocinada e conforme ‘as regras da arte’. Do profissional, se aceita a parcela de irracionalidade inerente a toda ação humana complexa, exigida cada vez que há conflito entre a eficácia e o respeito pelos procedimentos estabelecidos. O profissional deve saber jogar com as regras, se necessário violá-las e redefini-las”

Podemos exemplificar a afirmação acima com a situação-problema 07, já descrita

anteriormente. No momento em que a cliente encontrava-se chorosa e deprimida, houve várias tentativas de convencê-la a aceitar o banho no leito. Contudo, a enfermeira-chefe decidiu que a não realização do procedimento, naquele dia, era mais favorável, levando-se em conta o bem-estar da cliente. No mesmo dia, o médico resolveu suspender a hemodiálise. A partir de então, caberiam algumas perguntas: Como uma cliente renal crônica poderia ficar sem realizar *sua* hemodiálise? Não estaria comprometido o funcionamento de todo o sistema fisiológico do organismo, desde que não se realize a filtração renal? Talvez o profissional tenha que levar em conta a necessidade de contrabalançar *prioridades* e opções estratégicas preferenciais, em âmbito de uma dada situação-problema, para tomar posição diante do que é melhor para atender ao cliente. Um banho no leito, naquele instante, poderia complicar o quadro de saúde e favorecer o aparecimento – inesperado - de outros problemas de enfermagem.

Nesse sentido, podemos dizer que as situações também são *retroativas*. As retroações configuram *rupturas* da regulação do sistema e a ampliação de determinada tendência, ou rumo desviante, para uma situação incerta, na dependência de elementos, fatores ou condições interferentes na experiência imediata. O que pode suceder, ainda, quando a própria organização do sistema é alterada, o que implica também na possibilidade de alteração na complexidade das intervenções de enfermagem, mesmo nas situações em que os clientes são *autônomos ou interdependentes* [Conjunção do Autônomo e do Solidário].

Para assegurar a autonomia, qualquer organização necessita de abertura ao ecossistema do qual se nutre e no qual se transforma. Todo processo biológico necessita da energia e da informação do meio. A autonomia depende da energia captada biologicamente do ecossistema. Tenha-se em consideração que essa autonomia pode se destacar, em cada situação singularizada, - como *única* -, independentemente da organização do meio, o qual interfere, diretamente ou indiretamente, no cotidiano das ações dos profissionais de enfermagem.

Dessa forma, mesmo as situações-problema classificadas como de *menor* complexidade

podem mudar, de um instante para outro, em seu grau de complexidade. Conforme a opinião das enfermeiras participantes, na pesquisa, a complexidade pode aliar-se até a falta de recursos materiais ou de recursos humanos, entre outros. É quando se pode admitir que “a complexidade” confere com uma *conjunção* (Conjunção da Ordem e da Desordem), e onde se faz necessária uma intervenção de enfermagem *imediata* e que seja eficaz para tal situação. Como discutido por Morin, este é um exemplo da inseparabilidade da ordem e da desordem da complexidade. Para o autor, -

“(...) a ordem significa coerência, coerência lógica, possibilidade de deduzir ou de induzir, e, portanto, de prever. A ordem nos revela um universo assimilável pela mente que, correlativamente, encontra na ordem o fundamento de suas verdades lógicas. Se identifica com a racionalidade, concebida como harmonia entre a ordem da mente e a ordem do mundo. (...) A desordem é um conceito-mala que engloba as irregularidades, as inconstâncias, as instabilidades, as agitações, as dispersões” (MORIN, 2008, p. 199).

É importante dizer, nesse sentido, que as enfermeiras ao classificarem as situações-problema levam em conta a *ordem* do que é possível de se prever em dado contexto situacional, ou seja, a identificação do diagnóstico e a possibilidade real da previsão de ações *interventivas* de enfermagem. Mas, independentemente do grau de complexidade de qualquer situação que se encontre na prática – menor, média ou maior – a possível *desordem* dos fenômenos é uma constante, estará sempre presente, pois não há como ter certeza plena da resposta do cliente em torno dos cuidados de enfermagem que são planejados e oferecidos. Para Perrenoud (2001, p. 168), “ (...) o caráter dialógico da vida humana impede que um único interlocutor controle o cenário”(Conjunção do Autônomo e do Solidário). Ou seja, podemos até controlar e coordenar a assistência e priorizar alguns cuidados de enfermagem, porém, tudo dependerá, também, da reação do cliente e dos fenômenos que possam desequilibrar todo o sistema do ambiente de trabalho.

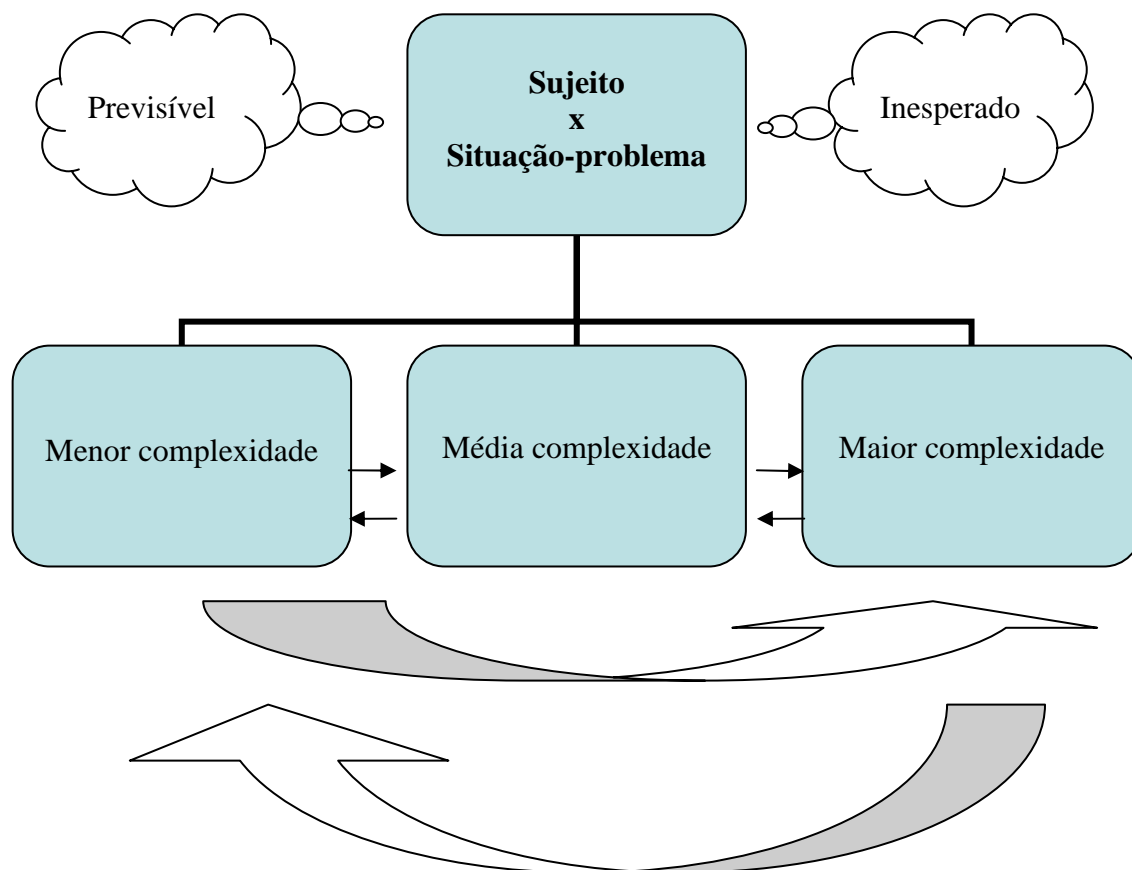
Assim, entendemos que as situações são *dialógicas*. O princípio dialógico de associação complexa (complementar/concorrente/antagônica) refere-se a instâncias da existência e é necessário, pois, ao funcionamento e desenvolvimento de um fenômeno em seu modo de organização. Para Morin (2008, p.189), “*o termo dialógico quer dizer que duas lógicas, dois princípios estão unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade: daí vem a idéia de unidualidade*”. E, por isso, na abordagem situacional de enfermagem ao cliente, leva-se em conta a idéia da associação de fenômenos relacionados ao *saber-fazer* das enfermeiras, implicando em caráter de decisões estratégicas quanto às resoluções de situações-problema, emergentes durante a assistência de enfermagem.

Portanto, o fato das situações serem “dialógicas” e implicarem em unir elementos aliados na interação enfermeira-cliente, ambiente-cliente, enfermeira-equipe de enfermagem, ou outros fatores que poderão estar envolvidos na complexidade da situação. Vale ressaltar que a complexidade, sempre presente em qualquer tipo de situação-problema, deve ser encarada como um desafio. De acordo com Perrenoud (2001, p.47), (...) “*Não basta reconhecer a complexidade, é preciso conhecê-la, ou seja, deixar de lado a imagem confusa de uma série de imbricações, contradições, incertezas e conflitos. O espírito não está totalmente desprovido diante da complexidade, ele se permite controlá-la parcialmente, na teoria e também na prática*”.

Conforme o exposto, elaboramos o esquema 02 para uma compreensão acerca do que é previsível e imprevisível (inesperado) na complexidade das situações-problema.

Esquema 02

Dinâmica da complexidade das situações-problema



O esquema 02 mostra que, para a compreensão das situações-problema, é necessário que o pensamento esteja direcionado/voltado para a união do que é *previsível* e do que é *inesperado*, em âmbito de ações de enfermagem. E o que se pode classificar de forma previsível poderá, a qualquer instante, ser modificado de grau de complexidade menor para maior, ou vice-versa, conforme fatores ou condições determinantes do surgimento de fenômenos inesperados. Desta forma, caberá aos profissionais de enfermagem encontrar meios específicos para solucionar os problemas, articulando-os segundo os termos e regras do raciocínio, e elaborando estratégias eficazes para o alcance de metas *demarcantes* no plano de cuidados de enfermagem. E nessa tentativa de conseguir compreender a complexidade, Morin

(2008, p.191) destaca que, -

“(...) O problema da complexidade não é formular os programas que as mentes podem pôr no seu computador mental. A complexidade não é molho de chaves que podemos dar a qualquer pessoa merecedora que tenha um engrama dos trabalhos sobre a complexidade. A complexidade atrai a estratégia. Só a estratégia permite avançar no certo e no aleatório”.

Esta citação do autor nos leva a admitir que a forma da enfermeira encarar a complexidade nas situações-problema está na forma de pensar, raciocinar, em torno do que é *evidente e não-evidente* como problemas de enfermagem. Portanto, o caminho do pensamento complexo é fundamental para a compreensão da articulação dos problemas identificados e entendimento/discernimento da totalidade das situações de enfermagem.

5) A título de conclusão: O Caminho do Pensamento - *considerações para o ensino e a pesquisa na área de Enfermagem*

Neste estudo, identificamos a importância do caminho do pensamento *crítico* em relação à abordagem *situacional* ao cliente, tendo em vista os *graus* de complexidade das situações-problema. Nesse sentido, partimos da afirmação de Morin (2008), em que “*a complexidade não pode ser concebida como uma receita e sim como um desafio, uma motivação para pensar*”⁷.”

Portanto, à identificação dos problemas de enfermagem, como aderentes, ou *entranhados*, à situação-problema seja por fatores ou condições envolvendo o cliente e, portanto, interferindo nas ações de enfermagem para cuidar, as enfermeiras sentem-se frente aos desafios da complexidade, uma complexidade que não parece tão simples em seu *puro* significado. Daí que as enfermeiras participantes da pesquisa manifestaram dificuldades para definir o que entendiam por complexidade. Ou seja, elas colocaram dúvidas em relação à dependência dos cuidados de enfermagem, em relação às dificuldades percebidas no cliente (manifestações e reações), ou, ainda, em relação às necessidades individuais e demandas do próprio cliente. E demonstraram dificuldades, de fato, para se posicionarem quanto ao que elas entendiam por *complexidade*, uma vez que declararam compreender esse fenômeno como *múltiplo* em seu significado.

Nessa contingência, e diante da necessidade de analisar, preliminarmente, as respostas das enfermeiras, as pesquisadoras optaram por definir o *grau* de complexidade da situação-problema, a partir dos termos da compreensão das enfermeiras (fenômeno *múltiplo*), como *conjunções* de aspectos distintivos - (plano epistemológico?) - de operações processuais do agir profissional, intermediando a relação enfermeira-cliente, em âmbito de cuidado de

⁷ O grifo destacado na citação (motivação para pensar) é das pesquisadoras, aqui no texto, e que, parece assemelhar-se aos motivos do *filosofar*.

enfermagem. Tais aspectos que poderiam assegurar, de certo modo, a definição *gnoseológica* do que seja *grau* de complexidade, com efeito, só permite assegurar o conhecimento de situação-problema, como espécie ou tipo de conhecimento do *imediatos*, próprio da inteligência no âmbito da prática da arte. No caso de nossa prática profissional, conhecimento por *intuição* e, dessa forma, - como afirma Hessen (2003, p.97-98) -,

(...) “*um conhecimento pelo olhar. Sua característica consiste em que nele o objeto é imediatamente apreendido, como ocorre principalmente na visão. Não há dúvida de que existe este conhecimento. Tudo que é nos dado na experiência externa ou interna, é imediatamente apreendido por nós. (...) Quando se fala, porém, [nesse tipo de conhecimento por intuição], fala-se de uma intuição não-sensível, espiritual. (...) Também é nesse tipo de intuição que se baseiam os juízos que temos nas leis lógicas do pensamento. (...) Assim sendo, no princípio e no final de nosso conhecimento existe uma apreensão intuitiva. Tanto o dado imediato de que parte nosso conhecimento quanto os princípios últimos que constituem seu fundamento são apreendidos de modo imediato, intuitivo*”.

Essa espécie ou tipo de conhecimento do *imediatos* (conteúdo essencial da situação-problema) encontra-se, ainda, fenomenicamente, presente na prática da Arte da Enfermagem. A compreensão da totalidade de uma situação-problema demanda, pois, além do conhecimento dos princípios científicos, uma apreensão intuitiva do que nos é dado como objeto possível de ser imediatamente apreendido. Pode-se depreender, por suposto, que as enfermeiras apreendem o grau de complexidade de uma dada situação como fenômeno múltiplo, e enquanto relacionado com os aspectos dos fatores e condições do cliente, ou quando entendem a complexidade a partir das dificuldades antecipadas no processo de cuidar.

Isto pode ser observado mediante uma releitura do que consta como resposta das enfermeiras no quadro 24, a exemplo das *conjunções* especificadas no que se pode entender na interação enfermeira-cliente (*Conjunção de Ações e Observado e Observante*); no

planejamento dos cuidados de enfermagem previsíveis e inesperados (*Conjunção da Ordem e Desordem*); na relação autonomia das enfermeiras *versus* cooperação e receptividade do cliente (*Conjunção do Autônomo e do Solidário*); na elaboração de estratégias a partir de um problema previsível ou inesperado em uma específica situação (*Conjunções do Articulado e do Jogo, do Organizado e Organizante, do Projeto e de uma Situação*); e na aplicabilidade do conhecimento teórico à prática assistencial (*Conjunção da Informação e Ação*).

E assim, nessa motivação para o pensar, caberá à enfermeira articular seu conhecimento geral e *saber específico*, e tudo o mais que for essencial para a tomada de decisão na resolução de situações-problema. À análise do *todo* e das *partes*, existem aspectos destacados e capazes de contribuir para favorece à definição do que pode ser *evidente* ou *não-evidente*, no plano das ações de enfermagem. Sobre o problema todo/partes, - afirma Morin (2008, p.261) -,

“É nesse contexto que temos que compreender o ser, a existência, a vida como qualidades emergentes globais; essas noções-chave não são qualidades primárias, de raiz ou de essência, mas realidades de emergência. O ser e a existência são, de fato, emergências de todo o processo anelando-se sobre si mesmo. (...) A ambição da complexidade é prestar contas das articulações despedaçadas pelos cortes entre as disciplinas, entre as categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento. De fato, a aspiração à complexidade tende para o conhecimento multidimensional. Ela não quer dar todas as informações sobre um fenômeno estudado, mas respeitar suas diversas dimensões”.

Neste ponto, consideramos fundamental o pensamento de Morin sobre as articulações entre as disciplinas. Tais articulações tornam-se imprescindíveis, principalmente, para o ensino de enfermagem e a formação do perfil profissional de enfermeiras/os. E tudo deve começar com o ensino-aprendizagem nos primeiros anos da formação profissional. É quando o conhecimento precisa ser apresentado para os estudantes em seu caráter mais geral, mais abrangente, sobre tudo que envolve a realidade concreta das situações humanas e os

procedimentos/técnicas de atendimento às necessidades individuais e coletivas. Nessas circunstâncias, a relevância do ensino e da formação do perfil profissional envolve não só o conhecimento teórico, mas, principalmente, a capacidade intelectual de lidar com os problemas emergentes da profissão como prática assistencial, na área da saúde.

Ainda em relação ao ensino de Enfermagem, cabe acrescentar que há necessidade de amenizar, esclarecer dúvidas, em que pese a preocupação dos estudantes/iniciantes na profissão de enfermagem. Principalmente aqueles que estão se inserindo no ambiente hospitalar (alunos de Fundamentos de Enfermagem) manifestam preocupações sobre os qualitativos e quantitativos de técnicas de enfermagem a serem realizadas no atendimento ao cliente, e quase não valorizam o raciocínio e a visão crítica diante das situações-problema com as quais se defrontam. Desta forma, cabe aos professores um esforço especial para favorecer a aprendizagem da *parceria* e da *negociação*, entre todos os envolvidos no processo ensino-aprendizagem. E releva-se, como de suma importância, o raciocínio em torno dos problemas emergentes da prática, considerando os aspectos importantes a serem antecipados na prestação dos cuidados de enfermagem, e que podem se tornar problemáticos, inesperados, no plano das ações profissionais. Tendo em vista, a importância do aprendizado em relação às situações-problema, - como ressalta Carvalho (2008) -,

“(...) Os estudantes de enfermagem precisam ser entendidos como parceiros no processo ensino-aprendizagem. Precisam se sentir com direitos aos questionamentos críticos, aos desafios de enfrentar os próprios temores e riscos e à coragem de se manifestarem diante de seus possíveis erros e de suas opiniões pessoais. (...) Só nas dimensões de uma prática viva, os estudantes de enfermagem poderão aprender as estratégias de intervenção e decisão de pertinência para a enfermagem. E para tanto, precisam encontrar-se frente-a-frente com situações-problema, como assistidas ou investigadas, as quais em razão de seus objetivos de estudar/trabalhar englobam certamente, os interesses e necessidades de seus clientes”.

Nesse sentido, a formação do profissional deverá estar direcionada, também, à sua capacidade de agir, mesmo na incerteza do *imediate*, e de forma a favorecer as articulações entre a cognição, elemento do *intellecto agens*, e o conteúdo essencial da realidade concreta seja como ela nos for manifestada. É preciso que o aluno de enfermagem consiga mobilizar sua motivação e articular seus saberes. Nesse sentido, Perrenoud (2001, p.141) afirma: “*Sem a capacidade de mobilização [de seus motivos ou propósitos] e atualização dos saberes, não há [como desenvolver] competências, mas apenas conhecimentos*”. O autor destaca, ainda, que, -

“(..) São os saberes metodológicos ou procedimentais que permitem mobilizar saberes teóricos ou informações factuais. Para implementar métodos e procedimentos recorreremos a recursos cognitivos que não são saberes mas esquemas de pensamento, esquemas de raciocínio, de interpretação, de elaboração de hipóteses de avaliação, de antecipação e de decisão. Esses esquemas permitem identificar os saberes pertinentes, selecioná-los, combiná-los, interpretá-los e diferenciá-los para enfrentar uma situação singular” - [no caso da enfermagem e da pesquisa realizada, uma *situação-problema*].

Vale dizer que toda essa articulação de saberes envolve o domínio de destrezas e habilidades técnicas; a capacidade de observar e relatar os sinais e sintomas dos clientes; a capacidade de interpretar os problemas de enfermagem; a capacidade para analisar problemas de enfermagem e de selecionar os cursos de ação que servem à solução dos mesmos e articular, de forma organizada, os propósitos e os objetivos profissionais (CARVALHO, 1973).

Sobre esse aspecto, chamamos a atenção para o saber ensinar, não só enfrentando a complexidade, o que implica em *saber transmitir* o conhecimento do que seja complexo nos fenômenos, mas reconhecendo seu próprio funcionamento, e aprendendo com a experiência como enfrentar a possibilidade de erros de estratégia e os limites epistemológicos de fronteiras – aparentemente ou provisoriamente – intransponíveis, não obstante toda a influência da autoridade do professor (PERRENOUD, 2001, p. 23).

Acrescentamos que o caminho do pensamento do profissional de enfermagem, no

ensino e na pesquisa, deverá ser baseado em uma prática metodológica de natureza crítica e reflexiva, onde o pensar, o agir e as decisões deverão se articular com todos os fenômenos identificados, interpretados e analisados. Para isso, o mesmo autor ressalta a importância de trabalhar a distinção dos *saberes declarativos* e dos *saberes ou conhecimentos procedimentais*. Os primeiros descrevem ou explicam os fenômenos naturais ou psicossociais, do ponto de vista de um observador não-engajado, que deseja apenas responder à pergunta: *Como é que isso funciona?* Os conhecimentos procedimentais respondem a outra questão: *Como fazer? Para quê serve?* E propõem um caminho a ser trilhado pelos indivíduos que perseguem um objetivo.

Conforme o exposto as profissões, reconhecidas como plenas, não se identificam pelos saberes eruditos com os conhecimentos declarativos, mas se conferem *status* pelos saberes procedimentais [ou metodológicos]. É nessa prática crítica e reflexiva, - de conhecimentos procedimentais/metodológicos -, que se destaca a importância de “(...) *teorizar e valorizar os saberes provenientes da experiência, fazer com que circulem, compará-los entre si, relacioná-los aos saberes eruditos [teóricos/declarativos], e trabalhar por uma epistemologia da reflexão na ação e dos saberes dela provenientes*” (PERRENOUD, 2001, p. 165).

Sobre isso, tanto os profissionais enfermeiros quanto os estudantes de enfermagem, deverão ter consciência sobre o certo e o incerto, o previsível e o inesperado, de forma a buscar, a partir do conhecimento procedimental, a resposta para os problemas emergentes da prática. Sobre esse aspecto, Morin (2008, p.206) ressalta que, -

“(...) *nunca haverá uma palavra-chave – uma fórmula-chave, uma idéia-chave – que comande o universo. A complexidade não é só pensar o uno e o múltiplo conjuntamente; é também pensar, conjuntamente, o incerto e o certo, o lógico e o contraditório, e é a inclusão do observador na observação [mas também a articulação ou Conjunção Observador e Observante]*”.

Essa capacidade de observar as interações em todo o sistema e sua organização nos leva

a compreender e considerar o desafio da complexidade das situações e suas possíveis conseqüências para a prática de cuidar na enfermagem. Tomando por base os caminhos que estão relacionados à *irreducibilidade do acaso e* [às vezes até a presença] *da desordem*, então não podemos ter a idéia de esperar resolver, impreterivelmente, a *incerteza* aliada às noções de desordem acarretadas pelo acaso; da *transgressão* (quando não podemos trocar o singular e o local pelo universal, mas sim uni-los); da *complicação* (onde os fenômenos biológicos e sociais apresentam um número incalculável de interações); da *relação ordem/desordem e organização* (em que os fenômenos ordenados podem nascer de uma agitação, turbulência); e da *organização em si* (em que *o todo* organizado é alguma coisa “a mais” do que somente a soma das *partes*, e porque faz surgir qualidades que não existiriam nessa organização).

A dificuldade maior do profissional, talvez esteja em torno da organização do próprio raciocínio, e de como o pensamento se conduz diante de toda a dinâmica que envolve o processo de cuidar na enfermagem, principalmente quando há problemas, para os quais ele (profissional) não possui saberes teóricos suficientes para a implementação das ações de cuidar, a exemplo das situações-problema de maior complexidade. Todavia, a nosso ver, apesar de não terem o conhecimento teórico adequado sobre a doença e seu tratamento, as enfermeiras têm competência para agir, mesmo quando incertas sobre o resultado de um tratamento específico para a recuperação eficaz do cliente.

Sobre a ação na incerteza, Morin (2008, p.205) destaca que, “(...) *O trabalho na incerteza perturba muitos espíritos, mas exaltam outros; incita a pensar aventurosamente e a controlar o pensamento. Incita a criticar o saber estabelecido, que se impõe como certo. Incita ao auto-exame e à tentativa de auto-crítica*”. Carvalho (2008), por sua vez, reiterando a relevância da formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem, destaca que

“(...) os interesses e os objetivos da prática de ensinar, de assistir e de pesquisar precisam abarcar suporte para a realidade do pensar e ser no mundo e na realidade da ciência. Só assim, os sujeitos do conhecimento podem ser formados – espíritos cognoscentes – para assumir papel e responsabilidade social na área da enfermagem”.

Assim, o caminho do pensamento crítico condiz com uma atividade intelectual complexa que não pode ser descrita de uma única forma. Isto é, não há como se admitir requisitos de um protocolo único para se ensinar a *pensar* de forma crítica. Nos termos de Roza (2005, p.95), pode-se dizer que o processo de pensar e de ensinar a cuidar é dinâmico, intencional e, às vezes, escapa ao procedimento de uma análise simples; e pode resultar na eficácia, ou ineficácia, de decisões e julgamentos racionais. Nas palavras da autora,

“(...) O pensador crítico é caracterizado por ter uma mente aberta, flexibilidade, racionalidade, ser questionador, intuitivo e ter postura reflexiva. Isso significa que o pensamento crítico é essencial para o desenvolvimento de um trabalho planejado e focado em resultados, em qualquer área profissional. (...) O pensamento é substancialmente maior do que a soma de suas partes [elementos constitutivos], porque é um processo que promove atitudes para continuamente explorar, redefinir ou compreender. Todos esses fatores contribuem para o processo de interação intencional entre uma pessoa e uma situação ou circunstâncias”.

Quanto às situações de enfermagem, o caminho do pensamento dos profissionais, especialmente na área de enfermagem, deverá articular-se aos termos de uma metodologia de resolução de situações-problema, a qual, - para Carvalho (2006, p.172) -, *“(..) é constituída de abordagem inicial à situação, levantamento de dados da ambiência e da clientela, diagnóstico da situação de saúde, planejamento e intervenções para a resolução de problemas, execução das intervenções e avaliação da ajuda prestada”.*

Sobre o aspecto formal, neste caminho do pensamento, vale destacar que na prática assistencial uma ou outra etapa pode apresentar falha, no que se pode conjecturar sobre o fato

das enfermeiras se afastarem dos cuidados diretos ao cliente. Esse afastamento, com efeito, pode tornar o processo de compreensão da situação-problema mais complexo, em si, principalmente se uma ou outra etapa do processo não for realizada. Por exemplo, em nossa observação nos cenários de coleta de dados, muitas situações inesperadas ocorriam sem que as enfermeiras pudessem, ou soubessem, solucionar o problema específico. Isto, porque na maioria das vezes, a abordagem inicial ao cliente não era realizada, e os dados coletados sobre a saúde do cliente, na fase de diagnóstico da situação, eram precários ou insuficientes. Sobre esse aspecto, Carvalho (2006, p. 172), é incisiva

“(...) quanto à metodologia adotada [de situações-problema] algumas experiências ainda carecem de um melhor tratamento, seja por parte do estudante ou por parte do professor. Este exemplo típico é o da avaliação da ajuda prestada, precisamente a experiência que assegura a oportunidade de demonstrar a arte de se prestar ajuda aos clientes. Contudo, a questão numérica de docentes talvez esteja se refletindo nas dificuldades de implementar e avaliar as atividades dos estudantes em que pese à aquisição das competências pretendidas”.

Dessa forma, é necessária a elaboração de estratégias para manifestar, ou assumir, competências profissionais diante de uma situação complexa, sem perder de vista toda a dinâmica do cuidado prestado e das questões que poderão servir de base para as ações assistenciais e investigativas. A principal questão sobre o caminho do pensamento (raciocínio crítico) é que a atitude reflexiva do profissional de enfermagem, na dinâmica das situações-problema, é algo essencialmente *peculiar*. Isto é, tem a ver com a experiência da enfermeira e sua forma de assumir posição em âmbito de prática, no que vale o exemplo da atitude de compreensão sobre uma situação de enfermagem particular. No âmbito do ensino e da pesquisa, é sempre necessário rever questões e conceitos relativos à percepção de situação-problema, mormente como singularizada na prática dos cenários hospitalares, sem jamais perder de vista os princípios científicos fundamentais à ação de cuidar. Segundo as palavras de

Bachelard (1996, p.76),

“(...) *Para incorporar novas provas experimentais, - [a exemplo da abordagem situacional] - será preciso então deformar conceitos primitivos, estudar as condições de aplicação desses conceitos e, sobretudo, incorporar as condições de aplicação de um conceito no próprio sentido do conceito. É nessa última necessidade que reside, a nosso ver, o caráter dominante do novo racionalismo, correspondente a uma estreita união da experiência com a razão. A tradicional divisão entre a teoria e sua aplicação ignorava esta necessidade de incorporar as condições de aplicação na própria essência da teoria*”.

Portanto, o caminho do pensamento assume um ponto de partida, qual seja o da situação-problema do cliente. Quanto às formas de resolução dessas situações - mesmo a enfermeira tendo o domínio teórico sobre o processo de enfermagem e suas etapas para alcançar os objetivos traçados - a complexidade das situações, na prática, depende de diversos fatores. Na concepção das enfermeiras, a receptividade do cliente às ações de enfermagem facilita a implementação dos cuidados (situações-problema de *menor* complexidade); a ordem e a desordem instalada no ambiente e na interação enfermeira-cliente podem conferir às situações de enfermagem um grau de *média* complexidade; e o domínio *insuficiente* do conhecimento teórico para o planejamento dos cuidados pode tornar as situações-problema como de *maior* complexidade.

Cabe dizer que a definição de *conjunção* como grau de complexidade das situações-problema corresponde – pelos resultados da pesquisa – ao que se pode compreender a partir da concepção das enfermeiras. Todavia, não se pode afirmar, inteiramente, que foi alcançado o nível de uma definição plena, mas, o que se pode dizer da idéia de *conjunção* é que a mesma compreende aspectos multidimensionais ou vários fatores e que, em suma, é compatível com uma *verdade aproximada* (BACHELARD, 1996). Porém, nesse sentido, esta pesquisa

corresponde a um primeiro estudo – ou como nos termos de Bachelard – só pode ser entendida, epistemologicamente, como uma *primeira experiência*, pelo que assumimos seu caráter de investigação não esgotada em si mesma, isto é, não conclusiva. Contudo, considerados e respeitados os objetivos alcançados, sua relevância assegura também sua condição investigativa de estudo inédito. Sobre este aspecto, Bachelard (2005, p.52) afirma que, “(...) *As experiências primeiras podem ser retificadas por novas experiências*”.

Assim, o entendimento do *grau* de complexidade das situações-problema enseja-nos o apoio para a compreensão dos *matizes* não só da complexidade mesma, mas, principalmente, dos cuidados de enfermagem a serem prestados. Na área da assistência de enfermagem, esta questão releva, por sua vez, a necessidade de buscar outras respostas sobre a complexidade das situações de enfermagem encontradas em outros cenários da prática assistencial. Certamente, desde que não se pode afirmar, ou assegurar, a verdade *pura*, outras respostas talvez possam ser encontradas consoante múltiplas dimensões situacionais, e guardadas às diversas gradações do que seja, ou que possa ser entendido e explicado como *grau* de complexidade menor, média ou maior. Nas mais das vezes, a definição de um *grau* de complexidade de uma situação-problema pode ser dificultada pela própria união de noções referentes ao conhecimento do Saber da Enfermagem, em sua atualidade, pela possibilidade das ações como exequíveis na prática, nos termos dos cuidados de enfermagem a serem prestados e, ainda, quanto aos tipos de clientes assistidos em que pese os interesses e propósitos da área da Enfermagem.

A realidade das situações-problema nos aparece, fenomenicamente, de modo mais ou menos complexo, mais ou menos ordenado, mais ou menos previsível. Daí cabe a *inferência* de que o *grau* de complexidade das situações de enfermagem corresponde, na visão e na experiência das enfermeiras, à idéia de uma *conjunção intelectual ou racional* de elementos, de fatores, de aspectos distintivos, como dada na realidade investigada. Em especial, pode-se dizer uma *conjunção* de aspectos da complexidade ligados ao conhecimento teórico do Saber da

enfermagem e à experiência prática das enfermeiras. Em âmbito de raciocínio crítico, o que se pode garantir à Enfermagem, - com base em todo alcance desta investigação – são seus atributos, fundamentalmente significativos de **ciência e arte**.

6) Referências Bibliográficas

ABAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ABDELLAH, F.G. [et.cols]. **Patient - centered approaches to nursing**. 2ªed. New York: Macmillan Company, 1960.

ATKINSON, L.D; MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem - introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BACHELARD, G. **A Formação do Espírito Científico**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

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

CACCAVO, P.V; CARVALHO, V.A **arte da enfermagem - efêmera, graciosa e perene**. Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN, 2003.

CAETANO, K.C.; PERES, H.H. Instrumento de classificação da Gradação da Complexidade Assistencial de Pacientes de Fugulin et al adaptado ao Expert SINTA. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/717.doc>. Acessado em novembro de 2006.

CARVALHO, V.; CASTRO, I.B. **Marco Conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental - um ponto de vista**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 38 (1): 76-86, jan./mar, 1985.

CARVALHO, V. **A Enfermagem de Saúde-Pública como Prática Social - um ponto de vista crítico sobre a formação da enfermeira em nível de graduação**. Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery, ano I, nº especial de lançamento, julho, 1997.

_____. **Enfermagem Fundamental - predicativos e implicações**. Revista Latino Americana de Enfermagem, [public. da] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; vol.11; nº 5, set/out.; 2003.

_____. **A Problemática do Diagnóstico de Enfermagem**. Separata do Boletim do Centro de Estudos nº5. Ministério da Justiça, Departamento de Administração e Divisão Pessoal, 1973.

_____. **A relação de ajuda e a totalidade da prática de enfermagem**. In: Anais XXXII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Brasília: ABEn, 1980.

_____. **Sobre Construtos Epistemológicos nas Ciências - Uma contribuição para a Enfermagem**. Revista Latino-americana de Enfermagem. São Paulo, jul.-ago. 11(4):420-8, 2003.

_____. **Acerca da Investigação de problemas assistenciais de Enfermagem Hospitalar –**

conjeturas e proposições. Conferência em Programa Científico/XXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Salvador BA, 1975.

_____. **Sobre o Projeto para Aplicação de Novas Metodologias ao Processo Ensino-Aprendizagem - a experiência de mudança curricular na Graduação da EEAN/UFRJ.** In: CARVALHO, V. Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil Profissional. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

CARVALHO, V.; PAIM, L. **Acerca da Assistência de Enfermagem: considerando significados e destaques.** Revista de Enfermagem, Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.3, nº3, dez. 1999.

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008/ North American Nursing Diagnosis Association; tradução Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERREIRA, M.A. [et cols]. **A interação no cuidado: uma questão na Enfermagem Fundamental.** Revista de Enfermagem. Escola Anna Nery, abril, 2005.

FIGUEIREDO, N.M.A. [et. al]. **Do ato médico para o ato de enfermagem: princípios para uma prática autônoma de enfermagem.** Revista de Enfermagem. Escola Anna Nery, abril, 2005.

FIGUEIREDO, N.M.A. [et. al]. **O que é Enfermagem e o que é Arte de Cuidar. In: Práticas de Enfermagem - Fundamentos, Conceitos, Situações e Exercícios.** 2ª ed. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem Editora Com Ltda, 2002; cap. I.

FIGUEIREDO, N.M.A. **O Corpo da Enfermeira como Instrumento do Cuidado de Enfermagem - Um estudo sobre representações de Enfermeiras.** Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, junho, 1994.

FIGUEIREDO, N.M.A.; SANTOS, I. **Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Terapêutico Hospitalar.** In: SANTOS, I. et cols. Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar. São Paulo: Atheneu, 2004.

FUGULIN, F.M.T; GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. **Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP.** Revista Latino- Americana de Enfermagem, jan.-fev.; 13(1): 72-78, 2005.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application.** 3ª ed. St Louis: Mosby, 1994, p.35-44.

HENDERSON, V. **Princípios Básicos sobre Cuidados de Enfermagem.** Tradução de Anyta Alvarenga, autorizada pelo International Council of Nurses - ICN. Rio de Janeiro: ABEn, 1962.

HENRY, S.B; MEAD, C.N. **Nursing classification systems: necessary but not suficiente for representem what nurses do for inclusion in computer-based patient record systems .** In: J. Am. Med. Inform. Assoc. 4(3):222-32, may-jun, 1997. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin>.

HESSEN, J. **Teoria do Conhecimento**. Tradução de João Vergílio Gallerani Cuter. 2ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

HUXLEY, A. **A Situação Humana**. Rio de Janeiro: Editora Globo, 1982.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. **The Birth of. ICNP Idea**. Int. Nurs. Review, v.39, n.4, p.110, 1992.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP- International Classification for Nursing Practice - Beta**. Geneva, Switzerland: ICN, 1999, 195p.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

MARCUS, M.; LIEHR, P.R. **Abordagens de Pesquisa Qualitativa**. In: LOBIONDO - WOOD, G.; HABER, J. Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MATHENEY, R.V. **Application of a Patient-centered Curriculum in an Associate Degree Program**. In: ABDELLAH, F.G et cols.. Patient- Centered Approaches to Nursing. 2ªed. New York: Macmillan Company, 1960.

MEDINA, J.L; ESTEBAN, M.P.S. **La Complejidad del Cuidado y el Cuidado de la Complejidad: um tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentares a las lógicas no lineales de la complejidad**. Revista Texto e Contexto, Florianópolis, 2006, abr. - jun.; 15(2): 312

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MOIGNE, J.L. A inteligência da complexidade. In: Morin, E. *et cols*. **O Pensar Complexo – Edgar Morin e a crise da modernidade**. Organizadores Alfredo Pena Veja e Elimar Pinheiro de Almeida. 2ªed. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MOREIRA, M.C.; CARVALHO, V. **Relação de ajuda: reflexões sobre sua aplicabilidade no processo assistencial em Enfermagem**. Revista de Enfermagem - Escola de Enfermagem Anna Nery, vol.8, nº3, dez, 2004.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

_____. **A Ciência com Consciência**. Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Ed. Revista e modificada pelo autor. 12ªEd. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

_____. **O Pensar Complexo – Edgar Morin e a crise da modernidade**. Organizadores Alfredo Pena Veja e Elimar Pinheiro de Almeida. 2ªed. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MORIN, E. *et cols.* **O Problema epistemológico da Complexidade**. 3ªed. Portugal: Publicações Eurora-América, 2002.

MORIN, E.; CIURANA, E.R.; MOTTA, R.D. **Educar na era planetária. O pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. São Paulo: Cortez editora, 2007.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

NÓBREGA, M.M; SILVA, K.L. **Fundamentos do cuidar em Enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007.

NOBREGA, M.M.L; GUTIÉRREZ, M.G.R. **Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas**. In: GARCIA, T.R; NOBREGA, M.M.L. (Org). **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: Série Didática - Enfermagem no SUS, 2000. (ISBN - 85-86867-49-7).

PAIM, L. **Quantitativos e Qualitativos do Cuidado de Enfermagem**. Tese de Livre Docência apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1977.

PERRENOUD, P. [et cols]. **As Competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 176p.

_____. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza. Saberes e competências em uma profissão complexa**. Tradução de Claudia Schiling. 2ªed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. **Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca**. Revista Latino -Americana de Enfermagem; jan.-fev.; 12(1): 83-91, 2004.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: clínica e prática hospitalar**. 3.ed. São Paulo: Santos, 2002.

QUELUCI, G.C.; FIGUEIREDO, N.M.A. **Formalidades na arte de cuidar/atuar na enfermagem: independência versus interdependência profissional**. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem Anna Nery/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, dezembro, 2005.

ROZA, B.A. **Pensamento Crítico e Julgamento Clínico na Enfermagem**. In: Bork, A.M.T. **Enfermagem Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, E. **O Registro como meio de Informação e Integração na Enfermagem e Equipe Multidisciplinar**. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N.M.A. [et cols.]. **Enfermagem Assistencial no Ambiente Hospitalar: Realidade, questões e soluções**. São Paulo: Atheneu,

2004.

SPARKS, S.M; TAYLOR, C.M.; DYER, J.G. **Diagnóstico em Enfermagem**. Tradução Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2000.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. São Paulo: Robe editorial, 1993.

TRANQUITELLI, A.M.; PADILHA, K.G. **Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva**. Revista da Escola de Enfermagem USP. www.ee.usp.br/reecusp/; 2007.

Apêndice nº 01

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem
Curso de Doutorado em Enfermagem

Instrumento nº 01 Instrumento de observação de clientes hospitalizados

Descrever a situação-problema:

A) Cuidados básicos de Enfermagem

Problemas de Enfermagem	Condições do Cliente	Cuidados de Enfermagem
1) Higiene e conforto físico	<input type="checkbox"/> Presença de sujidade <input type="checkbox"/> Cliente acamado <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Amplitude e força de movimento <input type="checkbox"/> Comportamento (calmo, agitado etc) <input type="checkbox"/> Presença de dispositivos externos <input type="checkbox"/> Crenças e aspectos culturais Outros: Observações	<input type="checkbox"/> Banho no leito. <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Higiene Oral <input type="checkbox"/> Realizar curativo <input type="checkbox"/> Higiene dos cabelos <input type="checkbox"/> Cuidados com a pele/ passar creme hidratante. <input type="checkbox"/> Higiene íntima. Obs.:
2) Atividades; sono e repouso	<input type="checkbox"/> Queixa-se de desconforto físico <input type="checkbox"/> Deambulação prejudicada <input type="checkbox"/> Equilíbrio prejudicado <input type="checkbox"/> Repouso total <input type="checkbox"/> Repouso parcial <input type="checkbox"/> Não se levanta sozinho <input type="checkbox"/> insônia <input type="checkbox"/> dorme demais Outros:..... Observações:	<input type="checkbox"/> Observar alinhamento corporal - Manter ambiente agradável: <input type="checkbox"/> Colchão duro/mole <input type="checkbox"/> Travesseiros/ou ausência <input type="checkbox"/> Observar medicamentos relacionados. <input type="checkbox"/> Barulho <input type="checkbox"/> Iluminação <input type="checkbox"/> Ventilação Outros:
3) Segurança	<input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Dificuldade de comunicação verbal <input type="checkbox"/> Risco de Queda Outros:..... Observações:	<input type="checkbox"/> Atentar para o posicionamento no leito <input type="checkbox"/> Manter grades elevadas <input type="checkbox"/> Realizar contensão. Outros:
4) Mecânica corporal	<input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Déficit no auto-cuidado <input type="checkbox"/> Anormalidade postural (lordose, cifose, queda plantar etc). <input type="checkbox"/> Movimento prejudicado Outros:	<input type="checkbox"/> Determinar capacidade do cliente de autocuidar-se Observações:

Observações:

- 17) Ambiente terapêutico () Comportamentos: calmo, agressivo, hostil, agitado etc. () Observar se há presença de ruídos
Outros:..... () ausência ou falta de Iluminação
() Higiene do cliente
() Organização do ambiente do cliente;
Observações () Identificar outros fatores que podem gerar desconforto.
Outros:

B) Normalidades e Distúrbios Fisiológicos

Problemas de Enfermagem

5) Manutenção de oxigênio

Condições do Cliente

- () Hiper/hipoventilação
() Presença de ventilação mecânica
() Troca de gases ineficaz
() Ansiedade
() Medo
() Conforto prejudicado
() Intolerância à atividade
() Dispneico
() Taquipneico
() Apnéia
Outros:
Observações:

Cuidados de Enfermagem

- () Manter permeabilidade de vias aéreas
() Observar e registrar frequência respiratória
() Manter em macronebulização contínua
() Posição de fowler
() Observar parâmetros no respirador.
() Conversar com cliente
Outros:

6) Nutrição

- () Dificuldade de mastigação
() Disfagia
() Perda de peso
() Dificuldade para pegar/colocar alimento próximo de si mesmo.
() Fraqueza nos músculos faciais
() Não aceitação da dieta oferecida
Outros:
Observação:

- () Observar ingesta oral (dificuldades/facilidades)
() Colocar a refeição ao alcance do cliente.
() Instalar dieta enteral
() Verificar posicionamento correto da sonda nasoenteral.
() Presença de gastrostomia/Realizar curativo/observar sinais flogísticos.
() Instalar Nutrição parenteral
Outros:

7) Eliminações (vesico-intestinais)

- () Incontinência
() Infecções
() Incapacidade de solicitar ajuda ou de realizar o autocuidado
() Alterações do volume e frequência urinária/intestinal
() Distensão abdominal
() Dificuldade de adaptação ao ambiente
Outros:.....
Observações:

- () Manter privacidade/ Biombo
() Auxiliar na higiene íntima.
() Realizar higiene no leito.
() Oferecer comadre/patinho.
() Realizar cateterismo de alívio.
() Cateterismo vesical de demora.
() Observar e registrar alterações vesicais e intestinais
() Realizar toque retal/ clister.
Outros:

8) Equilíbrio Hidroeletrólítico

- () Desequilíbrio da temperatura
() Volume de líquido deficiente
() Troca de gases prejudicadas
() Integridade da pele prejudicada
() Débito cardíaco diminuído
() Hipo ou hipernatremia
() Hipo/Hipercalcemia

- () Realizar exercícios de tosse e respiração profunda.
() Tratamento hídrico (fluidificar secreções)
() Monitorar sinais vitais/peso diário/saturação de oxigênio.
() Auscultar sons respiratórios.

Alcalose/acidose respiratória
 Alcalose/ acidose metabólica
Outros:
Observações:

Outros:

Observações:

9) Respostas Fisiológicas em relação à doença Melhora dos sinais e sintomas
 Diminuição de algias
 Melhora da capacidade de auto-cuidado
 Melhora da amplitude de movimentos
 Facilita comunicação verbal
Outros:

Observar resultados e realizar avaliação sobre o plano de cuidados

Observações:

10) Manutenção de mecanismos e funções reguladoras falta de ar
 febre
 sente dor
 hipotenso/hipertenso
 cianótico
 hidratado/desidratado
Outros:

Observações:

Observar e registrar:

Temperatura
 Respiração
 Pulso
 Pressão Arterial
 Saturação de oxigênio
 Sinais de dor

Outros:

Observações:

11) Manutenção da função sensorial Tontura e desequilíbrio
 dificuldade de ouvir
 dificuldade em falar
 dificuldade em enxergar
 não permite o toque
 não sente o gosto na alimentação.

Outros:

Observar déficits:

Visuais
 Auditivos
 Equilíbrio
 Paladar
 Neurológico
 Manter comunicação através de sinais
 Criar meios para manter a comunicação.

Outros:

Observações:

C) Problemas emocionais e interpessoais

12) Expressões, sentimentos, reações positivas e negativas Observações:

13) Inter-relação de emoções e doenças Observações:

14) Facilitar comunicação verbal e não-verbal Observações:

15) Desenvolver relações interpessoais produtivas Observações:

16) Facilitar progresso para alcançar objetivos espirituais do cliente Observações:

D) Problemas Sociais

18) Conscientizar cliente como indivíduo que possui necessidades físicas, emocionais e intelectuais. Observações:

19) Aceitar os melhores objetivos possíveis à luz de limitações físicas e emocionais. Observações:

20) Utilizar recursos da comunidade como ajuda na solução de problemas oriundos da doença. Observações:

21) Compreender o papel de problemas sociais como fatores que influenciam no aparecimento da doença. Observações:

Apêndice nº 02

Instrumento nº02

1) Na sua opinião, esta situação-problema é de:

() Menor complexidade

() Media complexidade

() Maior complexidade

2) Descreva os problemas de enfermagem encontrados *neste cliente* no local correspondente ao grau de complexidade (na sua opinião) de acordo com a assistência realizada:

Descrição dos problemas de Enfermagem	<i>CLASSIFICAÇÃO POR GRAUS DE COMPLEXIDADE</i>		
	<i>Menor complexidade</i>	<i>Média Complexidade</i>	<i>Maior complexidade</i>
1-			
2			
3			
4			
5			
6			
Outros			

3) Como você fez esta classificação? A partir de quais elementos/referenciais?

4) Descreva os fatores identificados na assistência que você considera que possam ter influenciado de forma a facilitar e /ou dificultar a assistência prestada.

Facilidades	Dificuldades

4) Considerando os cuidados realizados, associados aos fatores que facilitam e/ou dificultam a assistência, você mudaria o grau de complexidade deste cliente? Por que?

Sim Não

Se a sua resposta é SIM, qual seria o grau de complexidade?

Menor complexidade Media complexidade Maior complexidade

Justifique a sua resposta

ANEXO I

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Curso de Doutorado em Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **Situações-problema em clientes hospitalizados: um estudo de graus de complexidade na prática da Enfermagem**, de responsabilidade da pesquisadora: **Gisella de Carvalho Queluci** que tem como objeto de estudo: **classificação de situações-problema de enfermagem em clientes hospitalizados**, e os seguintes objetivos: a) Identificar situações-problema de clientes hospitalizados com base na perspectiva diagnóstica de enfermagem; b) Classificar as situações-problema por graus de complexidade (menor, média e maior) no interesse da enfermagem; c) Discutir a classificação efetuada com vistas ao ensino e à pesquisa de enfermagem fundamental.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário com quatro perguntas a ser entregue pelo pesquisador após o cuidado prestado ao cliente. O pesquisador, durante o processo de observação, também estará descrevendo em um diário de campo a situação-problema do cliente hospitalizado, assim como as intervenções de enfermagem realizadas no momento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

.....
Gisella de Carvalho Queluci (Doutoranda - EEAN/UFRJ)

Endereço: Rua Honório 909/204 - Cachambi - Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20771-421. Email: gisellaqueluci@yahoo.com.br. Tel: 81350104.

Instituição: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense

Niterói, de..... de 2008

EU,....., RG nº....., declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

.....
Assinatura

ANEXO II

Cronograma de Atividades

Ano	2006	2007	2007	2008	2008	2009
Atividades	ago. - dez	jan. -jul	ago.-dez	jan.-jul	ago.-dez	jan.-jul
Elaboração do Projeto de Tese	X	X				
Revisão de Literatura/ Metodologia	X	X				
Defesa do Projeto de Tese			X			
Coleta de dados				X	X	
Apresentação do Relatório Preliminar de Tese					X	
Análise e Discussão dos Dados					X	X
Apresentação do Relatório Final						X