

Análise do conteúdo de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem

Content analysis of a technology to the nursing diagnostic reasoning
Análisis de contenido de una tecnología para el razonamiento diagnóstico en enfermería

Alessandra Borges Brum Cleires¹, Marcos Antônio Gomes Brandão¹,
Beatriz Fernandes Dias^{II}, Cândida Caniçali Primo^I

^I Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Curso de Enfermagem e Obstetrícia. Macaé-RJ, Brasil.

How to cite this article:

Cleires ABB, Brandão MAG, Dias BF, Primo CC. Content analysis of a technology to the nursing diagnostic reasoning. Rev Bras Enferm. 2015;68(2):261-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680211i>

Submissão: 10-12-2014 Aprovação: 16-03-2015

RESUMO

Objetivo: submeter à análise do conteúdo uma estratégia metacognitiva de avaliação indireta no pré-encontro com o cliente. **Método:** estudo metodológico. Utilizou-se o índice de concordância e confiabilidade entre juízes para os critérios de pertinência, adequação, clareza, concisão e precisão de uma tecnologia para raciocínio diagnóstico de enfermagem por iniciantes por meio de formulário eletrônico. Fizeram parte da amostra 13 juízes. Os dados foram analisados por estatística descritiva. **Resultados:** houve alta concordância e confiabilidade interavaliadores para 85 itens relacionados à etapa de coleta de dados e descrição da estratégia. Apenas cinco itens não alcançaram os critérios de validação e devem ser reformulados. **Conclusão:** a avaliação indireta no pré-encontro é pertinente ao processo de raciocínio diagnóstico, sendo possível desenvolver habilidades e competências diagnósticas no iniciante por meio de estratégias, propostas em uma tecnologia inovadora sob a forma de diagrama.

Descritores: Avaliação em Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Tecnologia; Estudos de Validação.

ABSTRACT

Objective: to undergo a content analysis of a metacognitive strategy of indirect assessment in the pre-encounter with the client. **Method:** methodological study. Agreement and inter-rater reliability index for the criteria: relevance, adequacy, clarity, conciseness and accuracy of a technology to the nursing diagnosis reasoning for novices through an electronic form. The sample consisted of 13 raters. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** high agreement and inter-rater reliability for 85 items related to data collection stage and the strategy description. Only five items did not reach the validation criteria and must be rewritten. **Conclusion:** indirect assessment of the pre-encounter is relevant to the diagnostic reasoning process, being possible to develop competencies and diagnostic skills in the novice through strategies, proposals on innovative technology in the form of a diagram.

Key words: Nursing Assessment; Nursing Diagnosis; Technology; Validation Studies.

RESUMEN

Objetivo: analizar el contenido de una estrategia metacognitiva de la evaluación indirecta en la reunión previa con el cliente. **Método:** investigación metodológica; se utilizó el índice de concordancia y confiabilidad interevaluadores a los criterios de pertinencia, claridad adecuación, concisión y precisión de una tecnología para el razonamiento diagnóstico de enfermería para los principiantes a través de medios electrónicos. La muestra estuvo conformada por 13 jueces. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva. **Resultados:** alta confiabilidad interevaluadores de 85 artículos relacionados con la etapa de recolección de datos y la descripción de la estrategia. Sólo 05 artículos no alcanzaron los criterios de validación y deben ser modificados. **Conclusión:** se concluye que la evaluación indirecta en la reunión previa es relevante para el proceso de

razonamiento de diagnóstico, es posible desarrollar habilidades y destrezas de diagnóstico a los principiantes a través de estrategias, propuestas sobre la tecnología innovadora en la forma de un diagrama.

Palabras clave: Evaluación en Enfermería; Diagnóstico de Enfermeira; Tecnología; Estudos de Validación.

AUTOR CORRESPONDENTE Alessandra Borges Brum Cleires E-mail: alessandraCleires@gmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de raciocínio diagnóstico de enfermagem tem sido objeto de investigação por diferentes abordagens conceituais e metodológicas⁽¹⁻⁴⁾. Sendo um processo complexo que envolve a interpretação das respostas em relação à saúde e a problemas que com ela concorrem, são por natureza impressões subjetivas do diagnosticador, sustentadas em conhecimentos, experiências, crenças e teorias pessoais. Por conta disso, o raciocínio diagnóstico quando conduzido de forma plenamente não-estruturada está propenso a mais riscos de dispersão ou erros de julgamento.

As linguagens diagnósticas de enfermagem são classificações que fornecem uma estrutura para a organização do conteúdo concernente aos diagnósticos como fenômenos de interesse da disciplina de enfermagem, pois fornecem recursos para pensar os conhecimentos existentes e, se necessário, reorientá-lo⁽⁵⁾.

Para que se alcance este raciocínio organizado, destaca-se a importância do uso de instrumentos de coleta de dados clínicos que forneçam estruturas formalizadas para orientar os tipos específicos de dados a serem coletados e processados, dirigidos ao contexto e circunstância. As mencionadas estruturas organizam o conteúdo clínico dos diagnósticos, contudo, não contemplam um plano estratégico concernente ao processo de manipulação dos dados clínicos por parte do diagnosticador.

Sendo assim, os autores deste artigo estão interessados na validação de uma tecnologia de apoio ao raciocínio diagnóstico de enfermagem dirigido a iniciantes na tarefa. A tecnologia elaborada em primeira construção em uma dissertação de mestrado tem sido objeto de refinamento e de validação por peritos. Pautada em um referencial cognitivista e metacognitivista, a tecnologia - ao momento apresentada na forma de um diagrama - segue recortada temporalmente pelo evento de encontro síncrono do diagnosticador com o cliente (pré-encontro, encontro e pós-encontro), por etapas de coleta e processamento de dados, por estratégias diagnósticas contidas nas etapas e por operações mentais, afetivas e comportamentais que delimitam e descrevem as estratégias em nível tático e operacional⁽⁶⁾.

Conceituam-se como estratégias: os planejamentos concernentes às ações, técnicas e procedimentos de que se valem os sujeitos no processo de diagnosticar, mas que obrigatoriamente tenham suas características reconhecidas pelos sujeitos. Portanto, considerando a influência epistemológica da metacognição no controle e monitoramento cognitivo, para se constituir como uma estratégia diagnóstica os sujeitos devem conhecer, ainda que parcialmente, as finalidades, circunstâncias, motivos e modo de usar de uma dada estratégia. Assim, são centrais ao processo de aprendizagem e elaboração do diagnóstico de enfermagem por iniciantes os aspectos concernentes à tomada de

consciência, monitoração e regulação de conhecimento e crenças, reconhecimento de aspectos afetivos e de suas influências para desenvolvimento de habilidades diagnósticas⁽⁷⁻⁸⁾.

As operações mentais, afetivas e comportamentais envolvem ações específicas decorrentes do planejamento e que são desenvolvidas na tarefa diagnóstica situada e contextualizada. Na tecnologia em validação, são propostas algumas ações ao iniciante como linha de atuação para conduzir a operacionalização da estratégia diagnóstica, contudo, a regulação e a aplicação das mesmas na situação individual dependem de conhecimentos semânticos, procedimentais e clínicos que são obtidos da formação e da prática profissional.

De um modo geral, entende-se que a etapa de pré-encontro tem recebido atenção menor no processo diagnóstico quando comparada ao encontro (circunstância de interação direta e com o sujeito do diagnóstico) e pós-encontro com o sujeito do diagnóstico de enfermagem. Nela, estão contidas ações que por vezes são entendidas apenas como preparatórias ou de caráter gerencial, a exemplo da passagem de plantão, da leitura de prontuário e demais relatórios escritos, da participação em *rounds*.

OBJETIVO

O presente artigo tem por objetivo submeter à análise do conteúdo uma estratégia metacognitiva de avaliação indireta no pré-encontro no processo de raciocínio diagnóstico de enfermagem.

MÉTODO

Estudo de desenvolvimento metodológico para validação de conteúdo por juízes, com uso de procedimentos analíticos para alcance de confiabilidade.

Foi planejado um Delphi que incorporaria rodadas dependentes do índice de concordância dos juízes a elementos concernentes ao conteúdo a ser validado, contudo, pelos elevados valores de concordância, as rodadas suplementares não foram necessárias.

A coleta de dados junto aos juízes foi desenvolvida pela aplicação de um formulário eletrônico por meio da *internet*. Os convites e acesso ao formulário, a formalização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e demais contatos feitos durante o estudo e o *feedback* se deram por meio de correio eletrônico (*e-mail*) individuais ou institucionais, permitindo a seleção de participantes de várias regiões do país. Os contatos foram realizados de forma individual, sem a formação de grupo de envio de mensagens via *e-mail*, garantindo o anonimato e sigilo.

A busca e a seleção dos juízes foram realizadas na *Plataforma Lattes* do site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), nos diretórios dos grupos de pesquisa em enfermagem com foco em raciocínio diagnóstico cadastrados, a partir de suas linhas de pesquisa e dos currículos *Lattes*.

Da seleção setenta e sete juízes foram convidados, vinte e dois aceitaram participar do estudo, dos quais treze preencheram o instrumento de coleta de dados.

Os critérios para seleção dos juízes foram adaptados do sistema de pontuação proposto por Fehring⁽⁹⁾, desenvolvidos especialmente para atender as necessidades do estudo, de modo a incluir enfermeiros, brasileiros, docentes ou assistenciais, com competências no processo de ensino-aprendizado de diagnóstico de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico, com pontuação entre 5 e 12 pontos. Os juízes foram divididos em estratos de pontuação de acordo com o grau de perícia, sendo o estrato 3 de maior perícia de 12 e 11 pontos; o estrato 2 de 10 a 7 pontos; e o estrato 1 de menor perícia de 5 pontos.

O tamanho amostral foi estimado pela aplicação de um teste estatístico binomial. Adotou-se como intervalo de confiança 90%, a concordância esperada dos juízes com a adequação do item de 0,90 (ideal) e um erro amostral aceitável de 15%. Para os parâmetros adotados, o tamanho amostral mínimo requerido seria o de 11 participantes⁽¹⁰⁾, o que foi superado com 13 participantes.

O formulário para coleta de dados foi disponibilizado pelo *Google Drive*[®], contendo 10 itens em relação à pertinência, adequação, clareza, concisão e precisão da etapa de coleta de dados no pré-encontro e da estratégia de avaliação indireta do cliente, e 80 itens em relação aos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão das operações mentais, comportamentais e afetivas com relação às finalidades, circunstâncias, motivos e explicações a serem validados na estratégia proposta.

Uma escala simples de mensuração do tipo *Likert* foi atribuída, na qual cada participante estabeleceria o número que melhor expressasse sua opinião em relação às assertivas sobre a descrição do instrumento em relação aos critérios estabelecidos.

Os escores foram estabelecidos em ordem crescente de valores, de 1 a 6 de acordo com o nível de concordância ou discordância, onde: 1 - discordo totalmente/sou totalmente contra; 2 - discordo/sou contra; 3 - discordo ligeiramente/sou ligeiramente contra; 4 - concordo com restrições/sou a favor com restrições; 5 - concordo/sou a favor; 6 - concordo plenamente/sou plenamente a favor.

A possibilidade de indecisão foi excluída, afastando a tendência central das respostas. Cada assertiva permitia apenas um valor a ser atribuído, de forma independente e de caráter obrigatório. Havia também uma caixa para observações por parte dos juízes, caso julgasse necessário.

Os dados coletados no período de junho a setembro de 2013 foram dispostos em planilhas do programa *Microsoft Excel 2010*, onde foram estimadas a porcentagem de concordância para os critérios de pertinência ao processo diagnóstico. Para medir a concordância aos demais critérios de validade de conteúdo da etapa, da estratégia e das operações

foram avaliados o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre os juízes para adequação, clareza, concisão e precisão. O IVC foi calculado pela razão entre a soma dos itens de concordância atribuídos (escores de 4, 5 ou 6) pelo número total de itens avaliados. Considerou-se como aceitável o IVC de 0,90. A confiabilidade interavaliadores foi estimada pelo Coeficiente Kappa (k)⁽¹¹⁾. Os resultados foram submetidos a análises estatísticas descritivas com medidas de tendência central, para apresentação em tabelas.

As observações dos juízes foram analisadas qualitativamente para avaliação do conteúdo e possíveis modificações, de acordo com os critérios: 1 - para medianas menores ou iguais a 3, considerar como Não-válido e não revisar o conteúdo; 2 - para medianas 3 e 4, considerar Válido, porém necessitará revisar o conteúdo, levando em consideração as observações dos juízes; 3 - para medianas 5 e 6, considerar como Válido e revisar o conteúdo se apenas mais da metade dos juízes fizessem observações.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) sob o N° 260.304 em 30/04/2013.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados em função da pertinência ao processo diagnóstico e validade de conteúdo em relação aos critérios de adequação, clareza, concisão e precisão dos nomes para a etapa de “Coleta de dados que antecede o encontro com o cliente (pré-encontro)” e para a estratégia de “Avaliação indireta do cliente”; validade de conteúdo das operações mentais, comportamentais e afetivas em relação à adequação, clareza, concisão e precisão da estratégia.

A Tabela 1 descreve o perfil da amostra constituída pelos 13 participantes, de acordo com os critérios estabelecidos.

Os participantes obtiveram avaliações de 5 a 12 pontos de perícia, com uma mediana de 10 pontos. A idade média foi de 40,6 anos de idade, variando entre 27 e 70 anos. A maioria era do sexo feminino. O estrato 3 obteve a participação de 05 (38,4%) juízes; o estrato 2 obteve 07 (53,9%) juízes e o estrato 5 obteve 01 (7,7%) juiz.

Pertinência da Etapa “Coleta de dados que antecede o encontro com o cliente” no processo diagnóstico de enfermagem:

Quando questionados acerca da pertinência da Etapa de “Coleta de dados que antecede o encontro com o cliente”, todos os 13 juízes concordaram que a etapa é pertinente ao processo diagnóstico no evento do pré-encontro.

Análise do conteúdo da Etapa “Coleta de dados que antecede o encontro com o cliente”

Para a validade de conteúdo da Etapa de “Coleta de dados que antecede o encontro com o cliente” foram julgados pelos juízes 04 itens em relação ao nome, obtendo-se alta concordância para os critérios. Os resultados seguem na Tabela 2.

Tabela 1 - Descrição do perfil da amostra em relação à titulação, produção científica e experiência docente no processo de elaboração de diagnósticos de enfermagem, Brasil, 2013

Variáveis	f	%
Titulação		
Mestre em enfermagem, na temática do diagnóstico de enfermagem	9	69,2
Doutor em enfermagem, na temática do diagnóstico de enfermagem	7	53,9
Produção Científica relacionada ao processo de ensino-aprendizado de diagnósticos de enfermagem, julgamento clínico ou raciocínio diagnóstico		
Dissertação	7	53,9
Tese (doutorado)	7	53,9
Publicações	10	76,9
Artigo com conteúdo relevante, em um periódico de referência	11	84,6
Experiência docente mínima de um ano		
Disciplina, curso ou capacitação que inclua o processo de elaboração de diagnósticos de enfermagem	11	84,6

Tabela 2 - Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome dado à etapa de *Coleta de dados que antecedem o encontro com o cliente*, Brasil, 2013

Variáveis	NOME			
	Adequação	Clareza	Concisão	Precisão
Mediana	6	6	5	5
Moda	6	6	5	5
Mínimo	3	4	5	5
Máximo	6	6	6	6
IVC*	0,85	1	1	1

* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Tabela 3 - Concordância entre os juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão do nome dado à estratégia diagnóstica de *Avaliação indireta do cliente*, Brasil, 2013

Variáveis	NOME			
	Adequação	Clareza	Concisão	Precisão
Mediana	6	5	5	5
Moda	6	6	5	5
Mínimo	4	4	5	5
Máximo	6	6	6	6
IVC*	1	1	1	1

* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Como verificado da Tabela 2, ainda que o nome da etapa tenha alcançado validade com seus valores de mediana e moda, o índice não alcançou o IVC necessário para o critério de adequação, de acordo com o tamanho amostral de 13 peritos. O Coeficiente de confiabilidade interavaliadores foi alto (Kappa 0,93).

Nos critérios qualitativos apenas uma observação foi encaminhada referente à denominação da etapa, sugerindo alterar o termo "encontro" por "consulta", embora o juiz tenha concordado com o nome proposto. Os dois juízes que pontuaram com menores valores ao critério não fizeram considerações ao nome da etapa.

Pertinência da estratégia "Avaliação indireta do cliente" no processo diagnóstico de enfermagem

Os 13 juízes avaliaram a estratégia de "Avaliação indireta do cliente" considerando-a pertinente ao processo diagnóstico em enfermagem na etapa de pré-encontro.

Análise do conteúdo da estratégia "Avaliação indireta do cliente"

Para a análise do conteúdo, foram avaliados 04 itens em relação ao nome atribuído à estratégia de avaliação indireta do cliente. Os resultados referentes à adequação, clareza, concisão e precisão são apresentados na Tabela 3.

Pelas medianas, modas e pelo IVC os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão foram considerados válidos.

Nas considerações qualitativas, o nome atribuído recebeu duas sugestões para alterá-lo por "avaliação inicial ou prévia" de acordo com a versão literal do inglês "assessment inicial" e "obtenção indireta de dados sobre o paciente", mesmo que ambos os peritos tenham considerado o nome proposto como válido.

Análise do conteúdo das operações mentais, comportamentais e afetivas do processo diagnóstico de enfermagem no pré-encontro

Para a análise da concordância das operações mentais baseadas em finalidades, circunstâncias, motivos e explicações propostas pelo diagrama foram avaliados 80 itens específicos.

Tabela 4 - Concordância entre juízes para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão para *Avaliação indireta do cliente*, Brasil, 2013

Critérios	Nº	IVC*			
		Adequação	Clareza	Concisão	Precisão
Finalidades	7	0,94	0,94	0,94	0,92
Circunstâncias	2	1	1	1	1
Motivos	7	0,87	0,90	0,89	0,89
Explicações	4	1	0,98	0,98	0,98

* Índice de concordância considerando os escores 4, 5 ou 6.

Todos os itens obtiveram medianas 5 ou 6, produzindo um IVC geral de 0,94 indicando uma ampla validade da estratégia.

Os escores atribuídos pelos juízes foram medidas dos IVCs para os critérios de adequação, clareza, concisão e precisão, conforme resultados apresentados na Tabela 4.

Considerando que foram propostos 20 itens de finalidades, circunstâncias, motivos e explicações para aplicação da estratégia de avaliação indireta do cliente, optou-se por analisar cada um deles em separado.

Os critérios de validade relacionados à mediana, IVC e a confiabilidade interavaliadores para cada um dos itens é apresentado a seguir na Tabela 5.

Pelos resultados apresentados, não alcançaram o IVC ideal de 0,90 os seguintes itens: **“É uma fonte segura de julgamento clínico que já fornece informações antes da avaliação direta”**; **“A avaliação indireta aumenta a efetividade da informação e processamento da informação coletada”**; **“A avaliação indireta do cliente mantém o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo o esforço cognitivo.”** e **“Existem dados já observados e processados na avaliação indireta do cliente”**.

A confiabilidade entre os juízes para os itens acima foi mediana (0,55 a 0,72) de acordo com o Kappa, enquanto que todas as outras assertivas obtiveram alta confiabilidade.

Tabela 5 - Análise do conteúdo e confiabilidade das operações mentais ligadas à *Avaliação indireta do cliente* no pré-encontro, Brasil, 2013

Finalidades da estratégia	Md*	IVC	k
Fornecer uma ideia geral da condição do cliente ou grupo de clientes (<i>assessment inicial</i>)	6	1	1
Favorecer o direcionamento da atenção clínica e áreas de coleta de dados na avaliação direta e geral	6	1	1
Coletar dados secundários (exames laboratoriais e de imagem, informações passadas por outros enfermeiros e possíveis revisões de literatura)	6	1	1
Assegurar a continuidade da assistência prestada através da transmissão de informações entre os profissionais	6	0,92	0,84
Oferecer a possibilidade de perceber mudanças no quadro clínico	6	0,92	0,84
Focalizar pontos importantes para maior investigação no encontro com o cliente	6	0,92	0,84
A avaliação indireta do cliente aumenta a efetividade da informação e processamento da informação coletada	5	0,85	0,72
Circunstâncias da estratégia	Md*	IVC	k
A avaliação indireta do cliente é desenvolvida na passagem de plantão	6	1	1
A avaliação indireta do cliente é desenvolvida na leitura de prontuário	6	1	1
Motivos da estratégia	Md*	IVC	k
O cliente pode apresentar mudanças no quadro clínico que podem ser informadas por fonte indireta	6	1	1
As informações de dados entre os profissionais precisam ser transmitidas e coletadas	6	1	1
É preciso observar e processar as informações coletadas	6	0,92	0,84
Nem sempre há dados suficientes na coleta pela avaliação direta	5	0,90	0,81
É uma fonte segura de julgamento clínico que já fornece informações antes da avaliação direta	6	0,85	0,82
A avaliação indireta do cliente mantém o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo o esforço cognitivo	5	0,83	0,70
Existem dados já observados e processados na avaliação indireta do cliente	5	0,71	0,55
Explicações da estratégia	Md*	IVC	k
Utilizar modelos assistenciais e de passagem de plantão que favoreçam o fluxo das informações, viabilizando uma comunicação eficaz.	6	1	1
Utilizar fontes externas como documentos assistenciais, reuniões de discussão clínicas, conversa com familiares e outros do convívio (família ou pessoas significativas).	6	1	1
Consultar os registros clínicos, exames laboratoriais e de imagem, dados sobre estilo de vida, grupo étnico, ocupação, condições socioeconômicas e outras.	6	1	1
Utilizar estratégias de comunicação eficazes entre as equipes	6	0,94	0,88

*Md = Valores da mediana

A análise das observações dos juízes para a seguinte finalidade de “A avaliação indireta aumenta a efetividade da observação e processamento da informação coletada” enviada por 03 (23,1%) avaliadores foram: discorda com a assertiva porque não está claro de que forma a estratégia aumenta a efetividade das informações, devendo ser relativo às informações subsequentes; concorda, mas não crê que a palavra efetividade seja adequada à situação; concorda, porém sugere excluir “informação”. Outro juiz não concordou com o item, no entanto, não fez observações.

Para o motivo “É uma fonte segura de julgamento clínico que já fornece informações antes da avaliação direta”, dos 04 (30,1%) juízes que fizeram observações, 03 deles não acreditam na qualidade e confiabilidade dos registros atuais, sendo, portanto, uma fonte importante de julgamento clínico e o quarto sugeriu excluir o “já”. Mais um juiz não concordou com o item, no entanto também não fez observações.

Para “A avaliação indireta do cliente mantém o diagnosticador dentro da capacidade de memória de trabalho, reduzindo o esforço cognitivo”, 03 (23,1%) juízes encaminharam as seguintes sugestões: concorda, mas sugere reformulação da frase; discorda que reduz, mas acredita que ela facilita; discorda, pois acredita que ela aumenta o trabalho, uma vez que aumenta a quantidade de informações que podem não ser relevantes. Um quarto juiz também discordou, porém não pontuou considerações.

Quanto a “Existem dados já observados e processados na avaliação indireta do cliente”, a concordância foi bem menor e somente 03 (23,1%) juízes encaminharam justificativas afirmando que a assertiva não é clara na sua proposição e, portanto, não favorece o entendimento do motivo.

DISCUSSÃO

Os dados das tabelas demonstram evidências que sustentam a validação de conteúdo de estratégias para organização do raciocínio diagnóstico por etapas síncronas ao evento do encontro entre diagnosticador e o sujeito do cuidado (pré-encontro; encontro e pós-encontro), de apoio à decisão para iniciantes, uma vez que o iniciante na tarefa ainda não possui experiência quanto às habilidades cognitivas e hábitos mentais aplicadas durante o Processo de Enfermagem (PE).

A avaliação indireta do cliente aplica habilidades cognitivas do pensamento crítico de busca de informações que o auxiliam interpretar e apoiar os indícios quando tem relação com os diagnósticos, sejam elas pelo consumidor de saúde, a família, o prontuário do paciente, livros sobre determinado problema de saúde, sobre conceitos de respostas humanas e aqueles relacionados aos aspectos do desenvolvimento ou da cultura do consumidor, assim como o uso do discernimento para perceber dados que mereçam consideração, reduzindo a seleção dos indícios a serem levados em consideração durante a análise e outros processos mentais⁽¹²⁾.

Quando estratégias de competências do domínio cognitivo, comportamental e afetivo são adotadas em associação às etapas, elas oferecem subsídios à prática de enfermagem no desenvolvimento do pensamento crítico no processo diagnóstico, essenciais na tomada de decisão.

Os iniciantes no processo diagnóstico são os que mais apresentam dificuldades na tarefa uma vez que não possuem experiência

das situações com que possam ser confrontados. Ensinar e permitir que desenvolvam competências para diagnosticar requer tomada de consciência, monitoração e regulação de conhecimento e crenças, reconhecimento de aspectos afetivos e de suas influências, possibilitadas pela incorporação de abordagens mais interpretativas da cognição, como a que se refere à metacognição⁽⁶⁻⁷⁾.

Os elementos acima, de base conceitual consagrada na literatura, assim como contribuições da teoria de processamento de dados incorporados ao diagrama, atribuíram altos índices de concordância ao instrumento, conforme os resultados apresentados.

Apesar da alta concordância, observaram-se alguns elementos de fragilidade que não alcançaram o índice de validade. Considerou-se relevante a discussão sobre a sugestão de um perito para substituir a palavra “encontro” do nome dado à etapa inicial de coleta de dados por “consulta”, uma vez que ela faz parte da estrutura convencional do diagrama, estando sincronizada em todas as etapas.

Há que se destacar que o termo consulta parece ser o mais utilizado na literatura de enfermagem, inclusive respaldado pela Resolução COFEN Nº 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do PE nos ambientes onde ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, correspondendo a Consulta de Enfermagem quando esse cuidado é realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas e associações comunitárias⁽¹³⁾. Assim, existem diferenças conceituais entre o que seria a estratégia (por exemplo, a consulta de enfermagem) e a circunstância ou oportunidade de interação direta com o sujeito do diagnóstico (o “encontro”). Além disso, o termo encontro possui generalidade suficiente para abarcar as amplas dimensões da abordagem do enfermeiro ao seu cliente, seja na consulta de enfermagem ou não.

Muito embora tenha sido obtido 100% de concordância para a pertinência da etapa de Coleta de Dados no pré-encontro, durante avaliação da adequação ao nome da etapa de coleta de dados no pré-encontro um juiz considerou que não há necessidade de uma etapa separada de coleta de dados no pré-encontro, pois ela já está inserida na coleta de dados primários e secundários dos modelos atuais de Histórico, Investigação, Coleta do PE.

Essa avaliação refletiu na concordância para a adequação do nome da etapa, que não alcançou o IVC ideal para validar o item (Tabela 2). Portanto, pode-se considerar que a discordância em relação ao critério de adequação ao nome seja apropriada ao critério de não pertinência da etapa e o nome da etapa poderia ter alcançado a validade, já que o perito concordou com os demais critérios de clareza, concisão e precisão do nome para a etapa de coleta de dados no pré-encontro.

Da análise da Tabela 5, duas categorias apresentaram itens não validados que merecem a revisão qualitativa em etapa posterior com Delphi ou revisão da literatura, apesar dos critérios para avaliação das medianas terem sido válidos. Observou-se maior fragilidade na tecnologia em relação aos motivos para a realização da estratégia de “Avaliação indireta” que apresentou 03 itens, enquanto as finalidades apresentaram apenas 01 item. As demais categorias foram todas validadas.

A avaliação indireta oferece a possibilidade de dois processos, a focalização na obtenção de dados específicos por meio

da coleta de dados e a detecção das alterações evolutivas que facilitam a avaliação. A primeira, por meio da passagem de plantão e a segunda por meio da leitura de prontuário. Essas características de direcionamento da atenção facilitam a seleção de áreas a serem investigadas e descarte das informações que não possuem importância na situação, reduzindo o esforço cognitivo, aumentando a efetividade da observação e processamento da informação coletada⁽⁶⁾.

As ações que envolvem o planejamento da tarefa constituem a base do processo de aprendizagem e elaboração do diagnóstico. A abordagem metacognitiva (monitoramento e controle) quando aplicada ao raciocínio diagnóstico amplia as possibilidades de sucesso desse raciocínio, quando preconiza que se conheça a natureza da tarefa, as suas finalidades, as circunstâncias de uso, as justificativas/motivos e as explicações metodológicas.

O estudo apresenta como ponto forte os elementos considerados como chave na elaboração de uma tecnologia válida e confiável pelo rigor metodológico com que tem sido submetido, desde sua fase de pré-requisito. Sugerem-se estudos complementares em que se possam estabelecer a validade psicométrica da tecnologia, assim como sua validação clínica.

Estudos futuros ainda em desenvolvimento complementam os dados aqui apresentados, principalmente no que se referem às etapas posteriores ao pré-encontro com o cliente, das quais não se deve prescindir o diagnosticador, dada as dimensões subjetivas do sujeito do cuidado de enfermagem.

Assim como os demais estudos em validação diagnóstica, as dificuldades enfrentadas pelos pesquisadores perpassaram a escassez de materiais quanto aos métodos e modelos a serem empregados nos estudos de validação; os critérios de seleção de juízes com conhecimento especializado em raciocínio diagnóstico, uma vez que o atendimento aos critérios de Fhering tem sido alvo de críticas aos resultados dessa etapa de validação. Segundo estudiosos, é provável que grande parte dos sujeitos alocados nas pesquisas desse tipo estejam mais próximos do perfil de proficientes que de expertos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Outra dificuldade diz respeito ao atendimento ao tamanho amostral, uma vez que 28,6% dos convites foram respondidos e apenas 16,8% participaram do estudo. O tempo estipulado para responder ao formulário também foi um dificultador, uma vez que a grande maioria dos juízes não atendeu ao prazo de 15 dias, sendo por diversas vezes prorrogado esse prazo⁽¹⁴⁾.

Verificaram-se vantagens em relação ao uso do correio convencional com a aplicação da modalidade eletrônica no que diz respeito ao custo, no entanto, limitações quanto ao uso de *spam* ou outro tipo de lixo eletrônico podem ter tido

relação com o baixo número de respondentes⁽¹⁶⁾.

O processo de validação é complexo. Assim como nos estudos de validação diagnóstica, não se pode garantir que a opinião de um pequeno grupo de indivíduos possa nos assegurar um conjunto específico de itens que representem o verdadeiro conteúdo de um instrumento ou de um processo de raciocínio⁽¹⁵⁾, sendo portanto uma limitação do estudo.

CONCLUSÃO

Observa-se uma carência em estudos de elaboração e validação de tecnologias de apoio ao raciocínio diagnóstico em enfermagem, principalmente em instrumentos que descrevem a tarefa em forma de passos, podendo ser usadas como ferramentas de planejamento estratégico e operacional.

Diante dessa necessidade, o estudo teve por objetivo validar uma tecnologia para realização de diagnóstico em enfermagem no pré-encontro com o cliente, uma vez que essa etapa de investigação tem sido muitas vezes esquecida no Processo de Enfermagem.

Considerando-se os resultados obtidos nos procedimentos de análise do conteúdo e confiabilidade a que foi submetida uma estratégia metacognitiva de avaliação inicial do processo de raciocínio diagnóstico em enfermagem para iniciantes, podemos destacar valores elevados para a concordância entre peritos para os critérios estabelecidos em relação à pertinência, adequação, clareza, concisão e precisão. Dos 90 itens, os cinco itens que não apresentaram validade devem ser revisados, uma vez que as observações dos peritos não alteram o cerne das questões, sugerindo ajustes de escrita ou substituição de termos para maior compreensão do usuário.

O estudo permitiu concluir que a avaliação indireta no pré-encontro é pertinente ao processo de raciocínio diagnóstico, sendo possível desenvolver habilidades e competências diagnósticas no iniciante por meio de estratégias propostas em uma tecnologia inovadora de auxílio à tarefa, sob a forma de diagrama.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para uma ferramenta de ensino teórico-prático de fácil utilização nos campos da prática nas disciplinas de fundamentos de enfermagem, nas quais o diagnóstico é um dos tópicos de prioridade do conteúdo programático, possibilitando melhor articulação com o raciocínio clínico e a linguagem diagnóstica; orientação da tarefa, permitindo identificar nas atitudes dos alunos estratégias coerentes, corrigindo possíveis caminhos incorretos, aumentando o domínio desta atividade e dos procedimentos habituais envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. Kruse MHL, Silva KS, Ribeiro RG, Fortes CV. [Order as a task: the construction of Nursing Diagnoses] Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 Mar-Apr [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];61(2):262-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a20v61n2.pdf> Portuguese.
2. Bittencourt GKGD, Schaurich D, Marini M, Crossetti MGO. [Application of concept map for the identification of nursing diagnosis]. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 Sep-Oct [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];64(5):963-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a25v64n5.pdf> Portuguese.
3. Lira ALBC, Lopes MVO. [Nursing diagnosis: educational

- strategy based on problem-based learning]. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Jul-Aug [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];19(4):[about 8 screens]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_12.pdf Portuguese.
4. Cruz DALM, Pimenta CAM. [Evidence-based practice applied to diagnostic reasoning]. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2005 May-Jun [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];13(3):415-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf> Portuguese.
 5. Cruz DALM. [Nursing classifications: tensions and contributions]. *Rev Saúde UnG* [Internet]. 2007 [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];1(1):20-31. Available from: <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewArticle/65-235-1PB.PDF> Portuguese
 6. Assis AP. *Proposição de um diagrama para realização de diagnósticos de enfermagem por iniciantes [dissertação]*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.
 7. Silva AGI, Peixoto, MAP, Brandão MAG, Ferreira MA, Martins JSA. [Nursing students' difficulties in the learning of diagnostics in nursing, in a metacognitive perspective]. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2011 Jul-Sep [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];15(3):465-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1414-81452011000300004 Portuguese.
 8. Chartier L. Use of Metacognition in Developing Diagnostic Reasoning Skills of Novice Nurses. *Nursing Diagnosis* [Internet]. 2001 Apr-Jun [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];12(2):55-61. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2001.tb00119.x/epdf>
 9. Fehring RJ. The Fehring Model. In: Carrol-Johnson R, Paquete M, editors. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association*. Philadelphia: Lippincott; 1994. p. 55-62.
 10. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnosis. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2012 [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];23(3):134-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x/abstract>
 11. Alexandre NMC, Coluci MZO. [Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];16(7):3061-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800006&script=sci_arttext Portuguese.
 12. Lunney M. *Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem*. São Paulo: Artmed; 2011.
 13. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 23 out 2009;Seção 1.
 14. Carvalho EC, Mello AS, Napoleão AA, Bachion MM, Dalri MCB, Canini SRMS. [Nursing diagnosis validation: reflection on difficulties faced by researchers] *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2008 [updated 2015 Mar 27; cited 2014 Dec 10];10(1):235-40. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a22.pdf Portuguese.
 15. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. [Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 14];66(5):649-55. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500002&script=sci_arttext Portuguese.
 16. Silva AM, Rodrigues CDS, Silva, SMR, Witt RR. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(2):348-51. Available from: www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/7274/6695