

INTRUMENTOS BÁSICOS DO CUIDAR: OBSERVAÇÃO, INTERAÇÃO E MENSURAÇÃO

Maria Márcia Bachion¹

Considerações iniciais

Pretende-se aqui apresentar algumas idéias para os profissionais de modo a suscitar reflexões sobre a utilização de instrumentos básicos no processo de cuidar, utilizando o processo de enfermagem. Estamos longe de pretender elaborar um tratado sobre cada um deles.

O processo de enfermagem pode ser concebido como a expressão do método clínico no âmbito da Enfermagem. As etapas de identificação de informações relevantes, raciocínio e julgamento clínico no diagnóstico e nas intervenções, assim como a predição de resultados são expressas com as denominações de coleta de dados (ou investigação inicial ou histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem.

Cada uma destas etapas, por sua vez pode ser concebida como um conjunto de operações, dinâmicas e inter-relacionadas, que ocorrem mais ou menos simultaneamente. Após alguns instantes do início de uma fase já dispara na mente do profissional a fase seguinte, de modo que após algum tempo, as cinco etapas estão ocorrendo, ao mesmo tempo, no plano mental do profissional.

Apesar de correr o risco de simplificar demasiadamente este fenômeno, que é tão complexo, acreditamos que a figura 1 pode representar estes aspectos.

¹ Doutora em Enfermagem, Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Coordenadora da Comissão Permanente de Prática Profissional da ABEn-Na. Membro da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem da ABEn-Na.

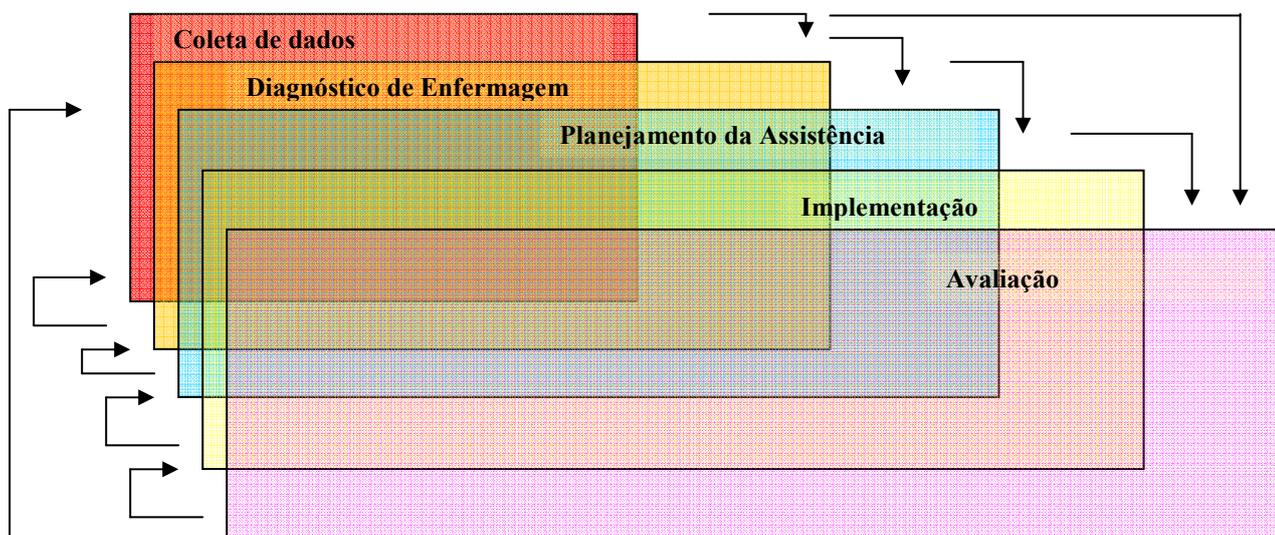


Figura 1: A dinamicidade das etapas do Processo de Enfermagem.

Observe que os retângulos apresentam a linha de início mais próxima, à esquerda e a linha de término mais distante à direita. Esta assimetria representa que momentos após o início da coleta de dados, iniciam o raciocínio e o julgamento clínico para identificação dos diagnósticos e decisão de intervenções. Enquanto completa estas operações o enfermeiro pode iniciar a implementação destas decisões e avaliar o resultado das mesmas.

Para executar esta metodologia de organização das ações de enfermagem no cuidado direto ao cliente, são necessários habilidades cognitivas, interpessoais e psicomotoras, além de instrumentos básicos, que, por sua vez, também são utilizados de forma integrada e simultânea.

Os instrumentos à que nos referimos são: observação, interação e mensuração.

Na tentativa de favorecer a visualização da representação da relação entre estes instrumentos, apresentamos a figura 2.

Quando falarmos de cada um deles, é preciso, então, considerar que se trata de construtos diferentes, porém, intimamente relacionados. A separação em tópicos tem meramente finalidades didáticas.

Vamos, então, abordar cada um deles, de modo detalhado.

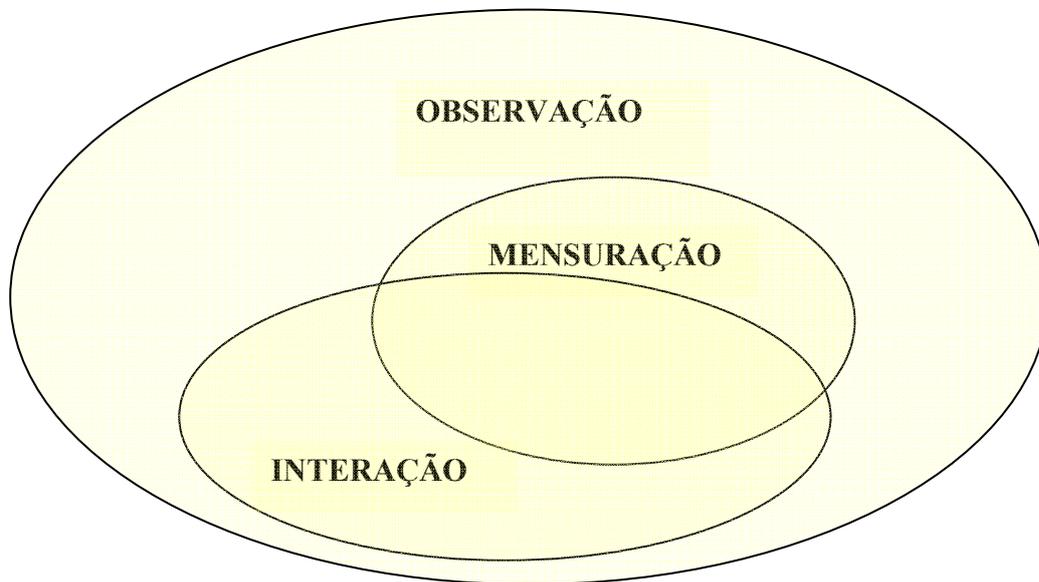


Figura 2: A relação entre observação, interação e mensuração na aplicação do processo de enfermagem.

Observação

A observação pode ser descrita como o uso atento dos sentidos (visão, audição, tato, olfato e paladar) para apreender características ou informações, de um evento, fenômeno, ou estrutura do corpo examinada.

Os sentidos são utilizados de forma integrada, de modo que a informação captada por um deles interfere na informação captada por outro. Isto pode ter como resultado a sinergia ou discrepância. A sinergia implica num resultado melhor do que se os sentidos fossem empregados separadamente. Por outro lado, ao serem utilizados de forma não coordenada, produzem efeito pior do que se estivessem sendo empregados isoladamente.

Na enfermagem a observação (utilização atenta dos órgãos dos sentidos) é usada tanto no processo ensino-aprendizagem como no processo de enfermagem, no gerenciamento da assistência e na pesquisa (Brasil, 1997).

Na interação os sentidos são explorados de modo panorâmico, integrando áreas específicas no contexto geral. No exame físico, a observação é direcionada às estruturas corporais, no plano geral e específico.

Alguns dos sentidos, ao serem utilizados no exame físico ganham uma denominação específica: o uso da visão é a inspeção; o uso da audição constitui na ausculta; a utilização do tato consiste na palpação (superficial e profunda). Uma técnica de combina a produção de som, mediante aplicação de uma força física à uma estrutura corporal, e a audição deste som, chama-se percussão. O uso do olfato no exame físico não costuma ser colocado em destaque, mas é extremamente útil. Com relação ao paladar, no exame físico parece não ter utilidade clínica.

Na mensuração a visão é empregada na leitura dos resultados obtidos pelos instrumentos de medida, como, por exemplo, na leitura da temperatura corporal no termômetro de mercúrio. A palpação pode ser usada para mensuração da dimensão de estruturas corporais, mas precisa de um instrumento auxiliar, que pode ser a régua ou fita métrica.

Por meio da visão podem-se perceber características como: expressões não verbais tais como gestos e expressão facial; movimentos (mais amplos, do corpo como um todo, ou discretos, quase sutis, de partes do corpo), formato, tamanho, relevo, simetria, cor, rede venosa, condições da pele e condições de pêlos; leitura de letras, números, traçados e imagens.

Mediante o emprego da audição podem ser examinados os sons, de modo geral, no processo de interação, e os específicos, provenientes de estruturas corporais examinadas.

No processo de interação, a audição possibilita escutar o interlocutor, suas palavras, e os aspectos não verbais inerentes à fala, como a entonação, o volume e o ritmo.

No corpo humano são produzidos sons em decorrência do deslocamento de ar e líquido em estruturas corporais. Alguns destes sons são fisiológicos, como as bulhas cardíacas, provenientes do fechamento das válvulas, sendo a primeira bulha ou B1 correspondente ao fechamento das válvulas tricúspide e mitral e a segunda bulha ou B2 decorrente do fechamento das válvulas aórtica e pulmonar. Outros sons, no entanto, representam processos de alteração das estruturas examinadas, como, por exemplo, os sibilos, que denotam estreitamento da luz das vias brônquicas nos pulmões. Alguns sons podem ser induzidos, ocorrendo transitoriamente, como aqueles provenientes das manobras de utilização do manguito, na verificação da pressão arterial.

O sentido do tato pode ser utilizado na interação, de forma planejada ou não, quando estendemos a mão para cumprimentar alguém, e este toque nos transmite informações, como a receptividade, o vínculo afetivo, o grau de abertura, a simpatia do interlocutor. A temperatura, o

tônus muscular, a força e a textura da pele do interlocutor também são percebidas, neste simples procedimento.

No exame físico o uso do tato adquire a denominação de palpação, como já dissemos antes. Mediante a palpação o observador pode identificar características como tamanho, textura, movimento, formato, consistência, relevo, temperatura e vibrações.

O olfato nos dá a informação sobre os odores produzidos. Nas interações percebemos informações que permitem supor quando uma pessoa está higienizada, se apresenta halitose, se apresentou suor, se está perfumada, se exala odor cetônico, se apresenta odor característico de processo infeccioso na garganta, se está com fosfatemia, entre outros.

Numa visita domiciliária, podemos identificar odores que denotam um ambiente bem higienizado, arejado, assim como presença de mofo, alimentos em decomposição, e assim por diante.

O paladar não é usado de modo direto na interação, ou seja, não aplicamos o paladar à pessoa observada, de modo direto, mas podemos ter impressões gustativas, a partir de determinados odores percebidos. Alguns odores ficam tão impregnados que parecem produzir o seu sabor em nosso paladar.

Por outro lado, numa visita domiciliária, podemos tomar um copo de água na residência e sentirmos determinado gosto, que denote que a água foi fervida e não recebeu aeração a seguir.

Numa estratégia de grupo de informação com o propósito de desenvolver habilidades em pessoas diabéticas para preparar refeições saudáveis podemos perceber o gosto do edulcorante utilizado no preparo de um bolo. Num grupo de hipertensos com o mesmo propósito podemos conferir se a quantidade de sal usada no preparo do alimento é adequada, enfim, este sentido pode ser utilizado na avaliação de resultados desta natureza.

Destacamos que a observação é inerente a todas as etapas do processo de enfermagem.

Fatores que interferem na observação

Os sentidos podem ser influenciados por alguns fatores. Entre eles destacamos alguns, que são detalhados a seguir.

- Luminosidade: a escassez da luz pode dificultar a visão, por obscurecer ou impedir a percepção de nuances, contrastes, pequenos detalhes. Pode ser difícil a inspeção da rede venosa, assim como a punção, em condições de pouca luz. A luminosidade excessiva em algumas situações também pode interferir especialmente se estiver voltada para o observador, causando desconforto nos seus olhos. O profissional pode ter dificuldade de observar como as gestantes

estão respondendo a uma atividade grupal realizada na área externa de uma unidade básica de saúde, se o sol das 17 horas estiver ofuscando seus olhos.

- Posicionamento inadequado do observador: para aplicar com atenção a visão, o profissional deve ter não só adequando campo de visão como também boa perspectiva. Para isto é preciso adequação da distância entre aquele que observa e o que é observado. Deve haver exposição das estruturas que estão sendo examinadas mediante o uso da visão do profissional. Isto implica em ajustar o decúbito do cliente, posicionar suas vestes, preservando, seu conforto e sua dignidade. Pensemos ainda num enfermeiro em visita domiciliar, buscando avaliar uma família, mas sentado num local que não tenha em seu campo de visão, ao mesmo tempo, todos os participantes do processo de interação. Poderá ter a análise comprometida.

- Quadro de referência e experiências anteriores do profissional: um profissional com aprofundamento nos estudos de cinestésica terá mais atenção para perceber informações relativas à comunicação não verbal expressa por meio da disposição das partes do corpo dos interlocutores do que um profissional que ainda não se debruçou neste referencial. Da mesma forma, um profissional com experiência na detecção de sopros cardíacos mediante uso da audição pode perceber estes sons enquanto que outro profissional, com a mesma capacidade auditiva, não distingue estes nuances no ciclo cardíaco. Quantos profissionais, ao realizarem pela primeira vez a verificação da pressão arterial não conseguiram ouvir os sons de Korotkhoff que assinalam a pressão sistólica e diastólica.

- Acuidade dos órgãos dos sentidos do profissional: os olhos captam as informações que serão processadas e recebidas como imagens. Assim, alterações em seu funcionamento podem alterar ou distorcer as imagens captadas, sendo necessário uso de lentes corretivas. De modo semelhante, a audição é influenciada pelo funcionamento do ouvido, que pode apresentar desde hipoacusias e disacusias até surdez leve ou moderada, sendo ser necessário uso de aparelhos auditivos e outros comportamentos adaptativos. A sensibilidade tátil precisa ser objeto de zelo do profissional, que deve cuidar das mãos, mantendo a pele hidratada, íntegra, sem calosidades, as unhas aparadas. Pode ocorrer diminuição ou abolição da sensibilidade olfativa, que também prejudicará a percepção de odores. Embora o paladar não seja usado diretamente pelo profissional para examinar uma pessoa, como já foi dito anteriormente, pode ser usado na avaliação de resultados de estratégias educativas, cujo objetivo seja na área de elaboração de preparações alimentares, seja para cuidadores de crianças, seja para pessoas diabéticas, hipertensas, entre outras. Profissionais com paladar mais apurado, ao compararem suas sensações com um cliente que não tenha o paladar tão desenvolvido podem ter dificuldade para

estabelecer critérios de alcance de resultados, podendo ser necessária a ajuda de outros profissionais.

- Capacidade ou sensibilidade perceptiva do profissional: apesar de não terem problemas de acuidade nos órgãos dos sentidos, o profissional simplesmente não percebe determinada informação. Podemos usar a expressão “olhou, mas não viu” para ilustrar o que estamos dizendo.

- Tempo disponível para aplicação dos sentidos: quando o profissional calmamente pode se deter para observar, é provável que seja mais bem sucedido, em termos de qualidade e quantidade de informações captadas, em comparação à situação na qual este tempo é reduzido.

- Grau de sistematização da observação: quanto mais organizada, mais planejada uma observação, espera-se que possa produzir um número maior de informações pertinentes e completas. Por outro lado, colocar-se como observador em situações em que não está expressa claramente a sua finalidade ou seu escopo, pode resultar em informações vagas e imprecisas.

- Possibilidade de uso dos sentidos em sinergia: Quando aplicamos simultaneamente e de modo coordenado os órgãos dos sentidos, podemos obter informações mais claras e precisas. Ao contrário, quando usamos os órgãos dos sentidos de modo desintegrado, por exemplo, quando estamos num ambiente de muito ruído, ou que apresente odor muito forte, desagradável, temos dificuldade de aplicar atenção concentrada no exercício da visão, então o resultado do uso concomitante destes sentidos, nestas circunstâncias produz um resultado pior do que se pudessemos concentrar a atenção efetivamente apenas na visão.

- Disponibilidade e interesse do profissional: quando alguma outra coisa preocupa o profissional ele não é capaz de concentrar sua atenção do modo apropriado, para deter-se na observação. A introspecção, a ruminação de pensamentos, a concentração em um foco de preocupação faz com que o profissional não esteja suficientemente atento às informações que chegam aos seus órgãos do sentido, que não tenham relação direta com o objeto de seu interesse.

Interação

A interação no contexto do processo de enfermagem é compreendida como a troca recíproca de mensagens verbais e não verbais entre duas ou mais pessoas. As interações podem envolver o profissional-cliente (que por sua vez pode ser indivíduo, família, grupos ou comunidades), o profissional de enfermagem e os demais profissionais de saúde, ou ainda os profissionais de enfermagem entre si. A interação permite a comunicação e os relacionamentos interpessoais (GRIFFITH-KENNEY.; CHRISTENSEN, 1986; MOSCOVICI, 2000).

Em relação à interação entre os profissionais, sejam eles da enfermagem entre si ou da enfermagem e os demais profissionais, seu propósito geralmente focaliza a organização do

trabalho e a cooperação. O enfermeiro não implementa as fases do processo de enfermagem interagindo apenas com o cliente. Precisa do envolvimento e participação dos demais apenas profissionais de enfermagem e da permuta e cooperação dos demais profissionais.

Neste sentido, é importante destacar que nos grupos de trabalho existem diferenças de conhecimentos, opiniões, informações, preconceitos, atitudes, experiências, preferências, crenças, valores, personalidades e estilo comportamental, que levam à diversidade de percepções, opiniões e sentimentos em relação às situações compartilhadas. Assim, se as diferenças são aceitas e tratadas em aberto, surge o diálogo respeitoso, as pessoas ouvem e falam. Se as diferenças não são aceitas, as pessoas não falam o que gostariam, surgem bloqueios na interação, que se torna tensa e difícil (Moscovici, 2000).

A interação nas relações de trabalho depende da competência interpessoal de cada um e do clima organizacional. A competência interpessoal pode ser desenvolvida, num processo de crescimento pessoal, que envolve autoconsciência, auto-percepção, e auto-aceitação. Neste contexto assume especial importância o *feedback* nas relações interpessoais. Neste processo são úteis algumas habilidades de comunicação: paráfrase (dizer com as próprias palavras o que o outro disse), descrição do comportamento (dizer o que ocorreu ou o que foi observado sem fazer julgamentos, inferir os motivos, ou generalizar traços de personalidade), verificação de percepção (expressar sua percepção do que o outro está sentindo, de modo a validar ou não a percepção) e descrição dos sentimentos (expressar sentimentos que estão sendo vivenciados pela pessoa ou percebidos na outra pessoa, por meio das palavras que o designam ou por frases de forças de expressão). É preciso que cada um consiga revelar-se de forma clara para os outros, ajudando no processo de compreensão e aceitação mútua (Moscovici, 2000).

Na operacionalização do processo de enfermagem, no âmbito das interações, assume ainda especial importância o estilo de liderança do enfermeiro, a abertura de cada um para mudanças, a motivação para participação nas atividades e as características do processo decisório. Com a finalidade de proporcionar auto-reflexão sugerimos o preenchimento do Anexo A, extraído de Moscovici (1999).

Considerando a interação profissional-cliente, sua finalidade pode estar voltada para a formação de vínculos, para a coleta de dados, para informar diagnósticos identificados, estabelecer metas compartilhadas, orientar prescrições, implementar relação de ajuda, avaliar aprendizagem, entre outros (Wright, Leahey, 2000; Christensen, 1986).

Uma forma específica de interação é a entrevista, que percorre geralmente três etapas: o aquecimento (ou introdução), o desenvolvimento (ou corpo) e o desligamento ou fechamento (MATHEUS, et al, 2002; ATKINSON, MURRAY, 1989).

Na fase de aquecimento o profissional se apresenta e explica os propósitos da interação, formam-se as primeiras impressões mútuas, que podem ou não contribuir para a fase subsequente, que é o desenvolvimento propriamente dito.

Na entrevista de coleta de dados o profissional direciona a abordagem dos temas que serão desenvolvidos. Dependendo das circunstâncias, podem ser empregadas técnicas que permitem maior ou menor abertura ao cliente para explorar os temas apresentados. Em situações de urgência e emergência ou em casos de escassez de tempo para a tomada de decisões para intervenção, haverá grande diretividade.

Na fase de finalização da entrevista ocorre o desligamento dos interlocutores, ou seja, a interrupção da interação.

Na entrevista de famílias são descritas quatro etapas ou estágios: engajamento, avaliação, intervenção e finalização. No estágio de engajamento o profissional cumprimenta a família, dirigindo-se a todos os presentes, apresenta a estrutura da reunião (tempo previsto e o motivo do encontro é compartilhado) e fala de modo a deixá-la à vontade; o estágio de avaliação percorre as etapas de identificação do problema (a enfermeira explora as preocupações que a família apresenta), relacionamento entre interações familiares e problema de saúde (a enfermeira explora as respostas típicas da família à problemas de saúde), soluções experimentadas (a família e a enfermeira conversam entre si para explorar soluções e seus efeitos sobre as questões apresentadas) e exploração de objetivo (a família, com mediação do enfermeiro, especifica quais objetivos, mudanças ou resultados estão buscando); no estágio de intervenção a enfermeira e a família colaboram em área de mudanças e no estágio de finalização a enfermeira e a família terminam a entrevista (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

A entrevista demanda habilidades de comunicação do profissional, que incluem falar claramente, usando vocabulário no nível de compreensão do interlocutor, perceber para além das palavras que são ditas pelo cliente, capacidade de perceber a si mesmo na interação (autoconsciência), habilidade para direcionar a interação, sensibilidade para saber quando falar e quando permanecer em silêncio, aceitação e empatia.

Técnicas utilizadas na entrevista podem incluir questões de abertura, questões fechadas, encorajamento para continuar, informações, esclarecimentos, validação de observações, reconhecimento da presença, aceitação, retomada de tópicos para continuar, entre outras (Bachion et al, 1998).

São utilizados majoritariamente nas interações os sentidos da visão e da audição, contudo, como já dissemos anteriormente, os demais também se constituem em recursos valiosos.

Fatores que interferem na interação profissional-cliente

Alguns fatores interferem na interação profissional-cliente (MALDONADO; CANELLA, 2003; WRIGHT; LEAHEY, 2002; MATHEUS, et al, 2002; BACHION, 1994; IYER, TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993; ATKINSON; MURRAY, 1989) e podem ser agrupados em três classes: fatores ligados ao profissional, ao ambiente e ao cliente.

Os fatores ligados ao profissional incluem a experiência e a maturidade pessoal e profissional, seus valores e crenças, suas expectativas, preconceitos, sua personalidade, seu quadro de referência teórica para a Enfermagem, sua disponibilidade, suas habilidades interpessoais e habilidades de comunicação.

Quanto aos fatores ambientais, pode-se incluir a possibilidade de privacidade, os ruídos, a temperatura, a luminosidade, a ventilação, a estrutura física e material.

Os fatores ligados ao cliente englobam a sua natureza, isto é, se estamos interagindo com indivíduos, famílias, grupos ou a comunidade, o estado emocional e de saúde do cliente, a complexidade da situação, a sua cultura, sua confiança e vínculo com o profissional, assim como suas expectativas da interação.

Mensuração

A mensuração consiste em medir propriedades ou características dos fenômenos ou estruturas examinadas, utilizando unidades como referência.

Quando uma pessoa é pesada, sua massa corporal (característica) é medida usando um equipamento (balança) que possui uma escala que sinaliza os quilos e gramas do corpo e a leitura desta medida é realizada empregando-se a visão. Na mensuração da frequência cardíaca podem ser combinadas a palpação do pulso arterial e o uso de um relógio, para contagem do número de batimentos por unidade de tempo (1 minuto), ou ainda a audição, o estetoscópio, e um relógio.

Pode-se perceber então que para medir alguns fenômenos ou características precisamos utilizar os órgãos dos sentidos, combinados com equipamentos.

Equipamentos que permitem a mensuração de informações de interesse da enfermagem incluem os esfigmomanômetros, estetoscópios, balanças, régua, fitas métricas, adipômetros, goniômetros, flexímetros, É necessário manter equipamentos em boas condições de uso, aferi-los e calibrá-los, com a periodicidade indicada para cada caso, de modo a permitir medidas precisas.

Algumas medidas precisam de equipamentos mais complexos, como os que produzem traçados elétricos, exames laboratoriais bioquímicos, enzimáticos, exames de imageologia, entre

outros. No primeiro caso, o enfermeiro, tanto de instituições hospitalares como da comunidade, pode realizar pessoalmente as medidas ou usas as que estão disponíveis. Com relação aos demais exames, o traçado elétrico do coração (eletrocardiograma) pode ser realizado e lido pelo enfermeiro, o hemoglicoteste também, mas outros serão realizados por profissionais de outras categorias, estando a disposição dos enfermeiros para consulta.

Há medidas que utilizam escalas, ao invés de equipamentos. Algumas das escalas conhecidas mais amplamente na enfermagem são: escala de cruces, para indicar intensidade de fenômenos, escala de Braden, para avaliação de risco de úlcera de pressão, o PUSH, para avaliar as condições de cicatrização de uma úlcera, escala de Apgar, escala de Glasgow, escala de copos e escala analógico-visual para avaliação da intensidade da dor, entre outras.

As escalas de avaliação devem ser investigadas quanto às condições indicadas para sua utilização e sua validade e confiabilidade.

O profissional, por sua vez, deve estar familiarizado com a utilização, tanto das escalas como dos equipamentos, para que a mensuração não seja afetada por erro humano.

Outras medidas não carecem de equipamentos ou escalas, tais como o número de cômodos de uma casa, o número de pessoas de uma família (CHRISTENSEN, 1986), a prevalência e a incidência de fenômenos em grupos ou populações, o número de escolas em uma determinada comunidade.

Considerações finais

Quando os instrumentos aqui abordados estiverem sendo utilizados na coleta de dados, é muito importante que sejam direcionados por roteiros.

Os roteiros pretendem fornecer um eixo de organização das atividades que são inerentes à coleta de dados, que, longe de limitar o profissional, servem para direcionar sua atenção e sua abordagem dos clientes. Para cada tipo de clientela são utilizados roteiros específicos (TANNURE; GONÇALVES, 2008; GAIDZINSKI, et al, 2008; GRIFFITH-KENNEY; CHRISTENSEN, 1986).

Na elaboração de roteiros devem ser utilizados referenciais de enfermagem, de modo único ou combinados. Em nossa experiência docente na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás temos estimulado os alunos e os enfermeiros a usarem referenciais de modo integrado. Temos ainda à disposição roteiros específicos para abordagem de indivíduos e de famílias.

Cada um dos instrumentos aqui abordados (observação, interação e mensuração) demanda qualificação e aprimoramento pessoal e profissional, de modo a alcançar bons resultados.

Referências

- ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. *Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BACHION, M.M. *Comunicação interpessoal: ensino de algumas habilidades desejadas*. Ribeirão Preto, 1994. 141 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- BACHION, M.M. et al. Algumas reflexões sobre categorias de comportamentos verbais orais e seu emprego pela enfermagem. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 3, n. 1, p.118-124, jan/jun.1998.
- BRASIL, V.V. O que dizem os enfermeiros sobre Observação. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 83-94, julho 1997.
- CHRISTENSEN, P.J Assessment: Overview of data collection. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CHRISTENSEN, P.J. *Nursing process: application of theories, frameworks and models*. St Louis: Mosby, 1986.
- GAIDZINSKI, R.R. et al. *Diagnóstico de enfermagem na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GRIFFITH-KENNEY, J.W.; CHRISTENSEN, P.J. *Nursing process: application of theories, frameworks and models*. St Louis: Mosby, 1986.
- IYER, P.W; TAPTICH, B.J; BERNOCCHI-LOSEY, D. *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto alegre: Artes Médicas, 1993.
- MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.
- MALDONADO, MT; CANELLA, P. *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais*. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores, 2003.
- MATHEUS, M.C.C. et al. Entrevista. In: BARROS, A.L.B.L. *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto*. Porto Alegre: artmed, 2002.
- MOSCOVICI, F. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.
- TANNURE MC, GONÇALVES AMP. *SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2008.

I SIMPÓSIO BRASILIENSE DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
Brasília, 22 a 24 de abril de 2009.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. *Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca, 2002.

Anexo A

Eu e a equipe

Analisando a lista dos tópicos abaixo, indique na escala como **você** sente sua posição no grupo.

| Itens a serem considerados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Até que ponto eu me sinto realmente uma parte integrante da equipe? | | | | | | | |
| Até que ponto eu posso falar à vontade, descontraído, e ser “eu mesmo” nesta equipe? | | | | | | | |
| Até que ponto eu revelo, sem constrangimento, meus pensamentos opiniões e sentimentos? | | | | | | | |
| Até que ponto nós, como grupo, temos habilidade em obter e usar idéias, informações e opiniões de todos os membros para tomar decisões? | | | | | | | |
| Até que ponto os objetivos da equipe são compreendidos e aceitos por todos? | | | | | | | |
| Até que ponto os objetivos da equipe têm um significado para mim? | | | | | | | |
| Até que ponto a equipe realiza bem suas tarefas? | | | | | | | |
| Até que ponto os membros assumem responsabilidade integral pelo trabalho em equipe? | | | | | | | |
| Até que ponto as divergências ou conflitos nesta equipe são reconhecidos e enfrentados produtivamente? | | | | | | | |
| Até que ponto as relações entre os membros e o líder são positivas, de respeito e colaboração efetiva? | | | | | | | |

Fonte: MOSCOVICI, F. Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999. p.191

Nome do arquivo: instrumentos básicos de enfermagem
Diretório: C:\Documents and Settings\Paulo de Paula\Meus
documentos\ABEn e SBEn
Modelo: C:\Documents and Settings\Paulo de Paula\Dados de
aplicativos\Microsoft\Modelos\Normal.dotm
Título:
Assunto:
Autor: user
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 9/4/2009 14:04:00
Número de alterações: 14
Última gravação: 10/4/2009 18:15:00
Salvo por: user
Tempo total de edição: 671 Minutos
Última impressão: 27/4/2009 15:10:00
Como a última impressão
Número de páginas: 14
Número de palavras: 4.432 (aprox.)
Número de caracteres: 23.936 (aprox.)