

Raciocínio Clínico no trabalho do enfermeiro: dificuldades, fragilidades e estratégias em unidades de internação hospitalar

Clinical reasoning in the work of nurses: difficulties, strategies and facilities and strategies in hospital units

Razonamiento clínico en el trabajo de enfermeros: dificultades, facilidades y estrategias en unidades hospitalares

Recebido: 01/09/2022 | Revisado: 15/09/2022 | Aceitado: 16/09/2022 | Publicado: 22/09/2022

Daiani Modernel Xavier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2376-6474>
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil
E-mail: daiamoder@gmail.com

Joice Simionato Vettorello

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1584-7648>
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil
E-mail: joicesimionato@hotmail.com

Daniela Menezes Galvão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2754-6084>
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil
E-mail: dani.mgalvao@hotmail.com

Alberto de Oliveira Redü

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4774-3090>
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil
E-mail: betoredu@hotmail.com

Cíntia Martins Fonseca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6104-1397>
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil
E-mail: cingigi@gmail.com

Marta Regina Cezar-Vaz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0754-7469>
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil
E-mail: mrcezarvaz@gmail.com

Resumo

Objetivo: Conhecer as dificuldades e as facilidades vivenciadas pelo enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas e as estratégias usadas por ele para aplicação do raciocínio clínico em unidades de internação de um hospital universitário. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 30 enfermeiros. Foi desenvolvido em um hospital universitário no sul do Brasil. Foi realizado no período de agosto a dezembro de 2018. **Resultados:** As respostas adquiridas por meio da pesquisa foram separadas em três categorias distintas sendo elas: Facilidades para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica. Já no que tange as dificuldades para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica são subdivididos em fragilidade pessoal, obstáculos institucionais e dificuldades assistenciais, e por fim, as estratégias de raciocínio clínico utilizadas pelo enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica são elencadas por duas categorias sendo elas aspectos práticos e atualizações. **Considerações Finais:** No que se refere às facilidades para o raciocínio clínico do enfermeiro, identificaram-se fatores institucionais, pessoais/individuais e interpessoais, quanto às dificuldades para o raciocínio clínico do enfermeiro, identificaram-se fragilidades pessoais como desmotivação e falta de experiência, obstáculos institucionais como a sobrecarga de tarefas e falta de estrutura e dificuldades assistenciais e relação entre as equipes.

Palavras-chave: Raciocínio clínico; Tomada de decisão clínica; Pensamento; Enfermagem.

Abstract

Objective: The difficulties experienced easily by nurses are not related to the care of chronic diseases and the strategies used by them for the application of a universal hospital as an application of a universal hospital. **Methods:** This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach. Thirty nurses participated in the study. It was developed in a university hospital in southern Brazil. It was carried out in December 2018. **Results:** The responses

through the survey were separated into three distinct categories: Facilities for different hospitalized categories being traditional for adult care. personal illness, end and difficulties assists the hospitalized with chronic illness, difficulties are helped to take care of the hospital, end in the case of children and adolescents. disease are chronics listed by two categories, being practical aspects and updates. *Final Considerations:* Do not identify that it is necessary for the nurse to easily recognize institutional and personal factors for people and teach personal difficulties, regarding personal difficulties, identified themselves and interpersonal difficulties, regarding individual difficulties of reference and lack of experience , institutional and institutional. the overload of tasks and lack of structure and assistance difficulties and relationship between the teams.

Keywords: Clinical reasoning; Clinical decision-making; Thinking; Nursing.

Resumen

Objetivo: Las dificultades experimentadas fácilmente por los enfermeros no están relacionadas con el cuidado de las enfermedades crónicas y las estrategias utilizadas por ellos para aplicar un hospital universal como aplicación de un hospital universal. *Métodos:* Se trata de una investigación exploratoria-descriptiva con abordaje cualitativo. Treinta enfermeras participaron en el estudio. Fue desarrollado en un hospital universitario en el sur de Brasil. Se llevó a cabo en diciembre de 2018. *Resultados:* Las respuestas a través de la encuesta se separaron en tres categorías distintas: Instalaciones para diferentes categorías de hospitalizados siendo tradicionales para el cuidado de adultos enfermedad personal, final y dificultades asiste a los hospitalizados con enfermedades crónicas, se ayuda a las dificultades cuidar el hospital, terminar en el caso de niños y adolescentes. Las enfermedades crónicas se enumeran en dos categorías, siendo aspectos prácticos y actualizaciones. *Consideraciones Finales:* No identificar que es necesario que el enfermero reconozca con facilidad los factores institucionales y personales de las personas y enseñe las dificultades personales, en cuanto a las dificultades personales, identificadas e interpersonales, en cuanto a las dificultades individuales de referencia y falta de experiencia, institucional e institucional. la sobrecarga de tareas y falta de estructura y las dificultades de asistencia y relación entre los equipos.

Palabras clave: Razonamiento clínico; Toma de decisiones clínicas; Pensamiento; Enfermería.

1. Introdução

Os adultos com doenças crônicas, geralmente, apresentam um quadro clínico mais complexo quando comparados aqueles com doenças infecciosas agudas. Exigem um plano de cuidados específico, que envolve regimes terapêuticos contínuos, educação para a saúde, monitoramento frequente e, por vezes, uso de dispositivos de assistência, como sondas enterais, máscaras ou cateteres de oxigenoterapia, sondas vesicais e bolsas de colostomia, além de tecnologias avançadas para manutenção da vida, como ventilação mecânica e hemodiálise. Embora esses indivíduos possam ser acompanhados na atenção primária à saúde, seguidamente, eles demandam cuidados da atenção terciária, devido à descompensação do quadro clínico e à necessidade de tecnologias avançadas para diagnóstico, tratamento e/ou suporte (Lee, et al., 2016; Garcia-Fernandez, et al., 2014; Loss, et al., 2017; Xavier, et al., 2014; Souza, et al., 2014).

Pesquisa nacional, de base populacional, verificou elevados índices de internações hospitalares por doenças crônicas, entre indivíduos adultos. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram mais de 650.000 hospitalizações por conta dessas doenças, no ano de 2012 (Brasil). Frente à alta procura de indivíduos com doenças crônicas por cuidados hospitalares, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro que atua de forma mais direta e constante com os pacientes, necessitam aperfeiçoar seu processo de trabalho para atender as demandas desse público (Menezes, et al., 2015).

Assim, não basta apenas que o enfermeiro possua habilidades técnicas precisas, ele necessita, também, de um conjunto de processos cognitivos para analisar e integrar uma grande quantidade de dados, a fim de realizar cuidados condizentes com as necessidades clínicas apresentadas pelos indivíduos. Nesse sentido, destaca-se o raciocínio clínico como instrumento essencial ao trabalho do enfermeiro (Lee et al., 2016; Menezes et al., 2015).

O raciocínio clínico, também conhecido como pensamento crítico, julgamento clínico ou tomada de decisão, é um conjunto complexo de processos cognitivos que permitem a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas em um contexto clínico (Lee, et al., 2016; Menezes et al., 2015). Envolve reconhecimento de padrões, julgamento intencional de informações, análise, avaliação, inferência de resultados e justificativa consistente das decisões e ações (Lee, et al., 2016; Riegel, et al., 2018).

Para raciocinar clinicamente, além de aperfeiçoar esses processos cognitivos, por meio da prática clínica e de técnicas de ensino-aprendizagem, o enfermeiro necessita de embasamento teórico e determinadas atitudes. Os conhecimentos acerca da anatomia e fisiologia humana, fisiopatologia de doenças, psicologia, farmacologia, técnicas semiológicas teorias da enfermagem, dentre outros, são fundamentais para facilitar a construção do vínculo terapêutico e o intercâmbio de informações entre enfermeiro-paciente, assim como para fundamentar o processo decisório e, conseqüentemente, as ações de cuidado (Gallani, 2015; Busanello, et al.; 2016). Já as atitudes inquisitivas, compreensivas, reflexivas, confiantes e perseverantes são importantes para que o processo interacional seja positivo/produtivo para ambas as partes (Lunney, et al., 2011).

No âmbito da assistência hospitalar, o raciocínio clínico está inserido nas diferentes atividades laborais do enfermeiro no cuidado ao adulto com doenças crônicas. Ele organiza o trabalho e direciona os cuidados, de modo a serem adequados à condição clínica de cada indivíduo, prevenindo complicações e promovendo, mantendo ou recuperando sua saúde. Constitui, portanto, base para o desenvolvimento do processo de enfermagem (Riegel, et al., 2018; Kahl, et al., 2018).

Além disso, o raciocínio clínico contribui para o gerenciamento do cuidado. Ele tem importante papel no diagnóstico situacional da unidade/instituição, ao passo que permite a identificação de informações, como os indicadores clínicos, necessárias para a avaliação dos processos, incluindo análises de custos e de efetividade das ações de cuidado. Por sua vez, a avaliação dos resultados institucionais favorece a melhoria contínua do estabelecimento e o fornecimento de cuidados seguros e de qualidade (Carvalho, et al., 2013). Cabe salientar que, tanto na esfera assistencial, como na gerencial, as decisões e conclusões a que se chega a partir do raciocínio clínico impactam diretamente na vida dos indivíduos que estão sob os cuidados do enfermeiro. Desse modo, essa habilidade deve ser aperfeiçoada constantemente e amparada no saber científico, de forma a ser precisa, disciplinada e capaz de produzir resultados de saúde positivos (Lee, et al., 2016; Kahl, et al., 2018; Smeltzer, et al., 2014).

Ademais, o raciocínio clínico confere identidade, autonomia, visibilidade e confiabilidade ao enfermeiro, no âmbito da equipe multiprofissional de saúde. Isso se deve ao fato de que raciocinar clinicamente promove a ruptura com a prática do cuidado mecanizado, tornando-o algo pensado e sustentado cientificamente (Lee, et al., 2016; Menezes, et al., 2015). O raciocínio clínico é um tema importante nas produções científicas no campo do ensino em enfermagem (Becerril, et al., 2017; Delany & Golding 2014; Chaves, et al., 2016). No entanto, estudo de revisão de escopo verificou que ainda são incipientes as pesquisas que o investigam no contexto da prática profissional do enfermeiro (Menezes, et al., 2015).

Partindo-se do pressuposto de que o raciocínio clínico é fundamental para o processo de trabalho do enfermeiro na assistência hospitalar e levando-se em consideração o elevado número de hospitalizações por doenças crônicas em adultos, torna-se imprescindível a ampliação da produção de conhecimentos acerca desse instrumento, na perspectiva do processo de cuidar ao adulto com doenças crônicas. Diante do exposto, elaborou-se como **questões norteadoras** do estudo: Quais as dificuldades e facilidades encontradas pelo enfermeiro para desenvolver o raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas? Quais estratégias que o enfermeiro utiliza para desenvolver o raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas?

A partir das questões elencadas acima foi possível chegar ao seguinte objetivo geral de pesquisa: Conhecer as dificuldades e as facilidades vivenciadas pelo enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas e as estratégias usadas por ele para aplicação do raciocínio clínico em unidades de internação de um hospital universitário.

2. Metodologia

2.1 Aspectos Éticos

Foram respeitados os preceitos éticos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 (Brasil, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa/CEPAS da Universidade Federal do Rio Grande/FURG, sendo aprovado com parecer nº 111/2018 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética/CAAE nº 88874718.8.0000.5324.

2.2 Desenho, local e período

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa (Creswell & Creswell, 2021) O estudo foi desenvolvido na Unidade de Clínica Médica (UCM), Unidade de Clínica Cirúrgica (UCC), Unidade de Traumatologia (UT), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Serviço de Pronto Atendimento (SPA) de um hospital universitário do extremo sul do Brasil. O quadro de funcionários da equipe de enfermagem nessas unidades estava organizado em: manhã, tarde, noite I e noite II. Na UCM atuavam seis enfermeiros no turno manhã, quatro na tarde, dois na noite I e dois na noite II. Na UCC atuavam dois enfermeiros no turno manhã, um na tarde, dois na noite I e dois na noite II. Na UT atuavam dois enfermeiros no turno manhã, dois na tarde, dois na noite I e um na noite II. Na UTI atuavam dois enfermeiros no turno manhã, dois na tarde, dois na noite I e dois na noite II. No SPA atuavam quatro enfermeiros no turno manhã, quatro na tarde, três na noite I e três na noite II. O Estudo foi realizada no período de agosto a dezembro de 2018.

2.3 Critérios de seleção

A escolha pelas referidas unidades ocorreu em função de serem destinadas à internação clínica ou cirúrgica de adultos, incluindo aqueles com doenças crônicas.

2.4 Amostra: critérios de inclusão e exclusão

Utilizou-se como critério de inclusão: enfermeiros que tinham vínculo empregatício com o hospital. Foram excluídos os enfermeiros que estiveram em licença saúde, no período da coleta de dados. Sendo assim, foram convidados a participar do estudo todos os enfermeiros atuantes nas referidas unidades, nos turnos manhã, tarde e noite. Do total de 50 enfermeiros, 30 aceitaram participar do estudo, 11 recusaram-se, dois estavam em licença saúde no período de coleta de dados e sete foram considerados *missing*, após quatro tentativas consecutivas de contato.

2.5 Protocolo do estudo

A obtenção dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, com duração média de 30 minutos. Os encontros foram agendados previamente e ocorreram durante o turno de trabalho dos participantes, visando à redução no número de recusas. Além disso, ocorreram em horário indicado pelos participantes, a fim de evitar prejuízos a suas atividades laborais e interrupções do relato dos enfermeiros. As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos e foram conduzidas em sala reservada, localizada nas próprias unidades onde os enfermeiros atuavam, de modo que a serem garantidas a privacidade dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Antes do início da gravação das entrevistas, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com o objetivo, a justificativa, os riscos, os benefícios e os métodos de coleta de dados do estudo, assim como a identificação e o contato telefônico e eletrônico da pesquisadora responsável. O TCLE foi assinado em duas vias, pelos participantes e pela pesquisadora, sendo uma via mantida com cada um dos envolvidos (participante e pesquisadora). Os participantes foram identificados pela letra “E” seguida de um número arábico correspondente à sequência das entrevistas.

2.6 Análise dos dados e estatística

Os áudios das entrevistas foram transcritos na íntegra e posteriormente foram analisados de acordo com a Análise de Conteúdo organizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação Bardin (2011). Realizou-se a organização dos dados por meio de leitura flutuante, formulação de hipóteses e objetivos, referenciação e elaboração de indicadores e a preparação do material. Na segunda procedeu-se a exploração do material ou seja, procedeu-se a transformação dos dados brutos em representações ou expressões de seu conteúdo, por meio de recortes, isto é, da seleção de unidades temáticas (equivalentes aos temas), de registro (consideradas unidades base de análise, visando à contagem frequência e categorização) e de contexto (correspondentes a segmentos textuais compreensão, ou seja, possibilitam a compreensão do significado exato das unidades de registro). A partir desse recorte, determinou-se como regra de contagem a frequência simples (absoluta e relativa). Essa pressupõe que a importância de uma unidade de registro é determinada pela frequência com que se apresenta no conteúdo analisado, o que imprime maior rigor à análise Bardin (2011).

Na terceira etapa realizou-se a categorização dos dados, ou seja, o agrupamento de elementos semelhantes sob um título genérico, baseado nos procedimentos de recortes, agregação e enumeração executados na etapa anterior. Essa classificação obedeceu aos critérios básicos de exclusão mútua (cada elemento não pode existir simultaneamente em mais de uma categoria), homogeneidade (um único princípio deve nortear a organização das categorias), pertinência (o sistema de categorias deve refletir os objetivos da pesquisa), objetividade/fidelidade (todo o *corpus* deve ser analisado seguindo-se o mesmo protocolo de análise) e produtividade (conjunto de categorias somente é produtivo se resulta em índices de inferências, hipóteses novas e dados exatos) Bardin (2011). Ademais, elaboraram-se quadros de resultados e modelos que condensaram e explicitaram os resultados fornecidos pela análise.

3. Resultados

A seguir, é apresentada a caracterização dos participantes do estudo, por meio de frequências simples e relativas. Posteriormente, são explicitadas as categorias que emergiram a partir do processo de Análise de Conteúdo das entrevistas.

3.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 30 enfermeiros, sendo 12 (43,3%) atuantes na UCM, oito (27%) no SPA, cinco (16,7%) na UTI, dois (6,7%) na UCC e dois (6,7%) na UT. Os participantes eram, em sua maioria, do sexo feminino (73%) e tinham idade média de 34 anos, com variação de 25 a 46 anos. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos participantes.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes do estudo – Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

| Variáveis | n* | %** |
|-------------------------------|-----------|------------|
| Unidade de Internação | | |
| Serviço de Pronto Atendimento | 8 | 27% |
| Unidade de Clínica Cirúrgica | 2 | 6,7% |
| Unidade de Clínica Médica | 12 | 43,3% |
| Unidade de Terapia Intensiva | 5 | 16,7% |
| Unidade de Traumatologia | 2 | 6,7% |
| Sexo | | |
| Feminino | 22 | 73% |
| Masculino | 8 | 27% |
| Idade | | |
| 25-30 anos | 9 | 30% |
| 31-35 anos | 14 | 46,7% |
| 36-40 anos | 3 | 9,9% |
| 41-45 anos | 3 | 9,9% |
| 46-50 anos | 1 | 3,3% |
| Conclusão da graduação | | |
| 1-5 anos | 6 | 20% |
| 6-10 anos | 17 | 56,7% |
| 11-15 anos | 4 | 13,3% |
| 16-20 anos | 1 | 3,3% |
| 21-25 anos | 2 | 6,7% |
| Especialização | | |
| Sim | 25 | 83,3% |
| Não | 5 | 16,7% |

* n = frequência absoluta. ** % = frequência relativa. Fonte: autores da pesquisa (2019).

No que se refere à formação profissional, os dados mostraram que seis (20%) eram graduados de um a cinco anos, 17 (56,7%) de seis a 10 anos, quatro (13,3%) de 11 a 15 anos, um (3,3%) de 16 a 20 anos e dois (6,7%) de 21 a 25 anos. Além disso, 25 (83,3%) possuíam pelo menos uma especialização. As especializações mais referidas foram Enfermagem em Urgência e Emergência (30%), Enfermagem em Terapia Intensiva (16,7%), Enfermagem do Trabalho (16,7%) e Mestrado em Enfermagem (16,7%), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Especializações mais referidas pelos participantes do estudo – Rio Grande, RS, Brasil.

| Especialização | n* | %** |
|--------------------------------------------------------|-----------|------------|
| Enfermagem em Urgência e Emergência | 9 | 30% |
| Enfermagem em Terapia Intensiva | 5 | 16,7% |
| Enfermagem do Trabalho | 5 | 16,7% |
| Mestrado em Enfermagem | 5 | 16,7% |
| Enfermagem na Estratégia Saúde da Família | 2 | 6,6% |
| Enfermagem em Clínica Médico-Cirúrgica | 1 | 3,3% |
| Projetos Assistenciais em Ortopedia | 1 | 3,3% |
| Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia | 2 | 6,6% |
| Didática do Ensino Superior | 3 | 10% |
| Estomaterapia | 1 | 3,3% |
| Doação de Órgãos e Transplantes | 1 | 3,3% |
| Educação Permanente em Saúde | 1 | 3,3% |
| Enfermagem em Hemoterapia | 1 | 3,3% |
| Agentes Infecciosos e Parasitários de Interesse Humano | 1 | 3,3% |
| RIHMAS*** | 1 | 3,3% |
| Atenção Domiciliar | 1 | 3,3% |
| Enfermagem Dermatológica | 1 | 3,3% |
| Gestão em Emergências | 1 | 3,3% |
| Auditoria em Serviços de Saúde | 1 | 3,3% |

* *n* = frequência absoluta. ** % = frequência relativa. *** *Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardio- Metabólica do Adulto*. Fonte: autores da pesquisa (2019).

Quanto à atuação profissional, dois (6,7%) exerciam o ofício de enfermeiro há menos de um ano, oito (26,7%) de um a cinco anos, 13 (43,3%) de seis a 10 anos, quatro (13,3%) de 11 a 15 anos, um (3,3%) de 16 a 20 anos e dois (6,7%) de 21 a 25 anos. Com relação ao tempo de atuação na instituição onde foi realizada a pesquisa, 12 (40%) trabalhavam de um a seis meses, oito (26,7%) de sete a 11 meses, sete (23,4%) de um a cinco anos, um (3,3%) de seis a dez anos, um (3,3%) de 11 a 15 anos e um (3,3%) de 16 a 20 anos. No que tange ao regime de trabalho, 27 (90%) executavam 36 horas semanais e três (10%) 30 horas semanais, sendo 13 (43,3%) no turno manhã, 12 (40%) no turno tarde e cinco (16,7%) no turno noturno.

3.2 Facilidades para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica

Esta categoria foi composta por três unidades temáticas e nove unidades de contexto, conforme exposto no **quadro 1**. Além disso, abrangeu 63 unidades de registro. Conforme quadro abaixo

Quadro 1 – Sumarização da categoria “Facilidades para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica” – Rio Grande, RS, Brasil.

| Categoria | Unidades Temáticas | Unidades de contexto |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Facilidades para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica | Institucionais | Quantitativo de pessoal de enfermagem (n = 10) Acesso à <i>internet</i> na unidade (n = 8) Capacitações disponibilizadas pela EBSEERH (n = 3) Hospital escola (n = 3) |
| | Pessoais/individuais | Tempo de atuação na profissão/ Vivências clínicas (n = 11) Conhecimento científico (n = 5) Organização (n = 4) |
| | Interpessoais | Comunicação com a equipe multiprofissional (n = 10) Interação com o paciente (n = 4) |

Fonte: Autores da pesquisa (2019).

Quanto às facilidades para aplicação do raciocínio clínico do enfermeiro foi viável realçar que as questões institucionais como o quantitativo de pessoal de enfermagem, o acesso à *internet* na unidade, as capacitações disponibilizadas pela EBSEERH e o fato de ser um hospital escola foram variáveis destacados. Os fatores pessoais/ individuais foi a segunda categoria apontada de maneira que tem como influência o tempo de atuação profissional e vivências clínicas, o conhecimento científico e a organização, os quais possibilitam que o enfermeiro já esteja familiarizado com situações adversas que possam ocorrer. Já nos quesitos interpessoais foram apontados como facilitadores que a comunicação com a equipe multiprofissional e as interações com o paciente. Portanto nota-se que os pontos positivos destacados alavancam de maneira positiva a utilização e aplicação do raciocínio clínico do enfermeiro frente à hospitalização de indivíduos portadores de doenças crônicas.

3.2.1 Facilidades institucionais

No que se refere aos facilitadores institucionais, dez participantes (33,3%) relataram que o correto dimensionamento da equipe de enfermagem favorece o raciocínio clínico do enfermeiro. Segundo eles, o número adequado de profissionais evita a sobrecarga dos mesmos e favorece o raciocínio clínico mais acurado.

Ainda, oito participantes (26,7%) revelaram que a disposição de acesso à *internet* na unidade representa outra facilidade para o raciocínio clínico. De acordo com os relatos, possibilita a busca de conhecimento para embasar o raciocínio, quando se faz necessário.

3.2.2 Facilidades individuais

Quanto às facilidades individuais para o raciocínio clínico, 11 participantes (36,7%) referiram que o tempo de atuação na profissão é essencial. Conforme as falas, quanto maior a experiência clínica do enfermeiro, mais desenvolto ele se torna e mais ágil se dá o seu fluxo de raciocínio.

Além disso, cinco participantes (16,7%) apontaram seu próprio conhecimento científico como facilidade para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Segundo eles, a ciência direciona a tomada de decisões na prática clínica.

Para mais, quatro participantes (13,3%) mencionaram que a organização constitui um facilitador para seu raciocínio clínico. De acordo com os relatos, o planejamento evita a perda de informações importantes para a assistência.⁷

3.2.3 Facilidades interpessoais

No que se refere às facilidades interpessoais, dez participantes (33,3%) citaram a comunicação com outros profissionais. Segundo os relatos, ela possibilita a complementação de informações necessárias para subsidiar o raciocínio clínico, o que tem o potencial para melhorar a assistência prestada.

Ademais, quatro participantes (13,3%) referiram que a interação com o paciente facilita o raciocínio. Conforme as falas, a comunicação efetiva proporciona acesso a dados clínicos que direcionam e agilizam o processo de tomada de decisão do profissional.

3.3 Dificuldades para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica

Esta categoria foi composta por três unidades temáticas e dez unidades de contexto, conforme exposto no Quadro 2. Além disso, abrangeu 47 unidades de registro. Algumas dessas serão expostas na sequência do texto, por meio de relatos dos participantes.

Quadro 2 – Sumarização da categoria “Dificuldades para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica” – Rio Grande, RS, Brasil.

| Categoria | Unidades Temáticas | Unidades de contexto |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dificuldades para o raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica | Fragilidades Pessoais | Desmotivação (n = 4) Pouco tempo de experiência (n = 3) Falta de informação (n = 4) |
| | Obstáculos Institucionais | Quantitativo humano deficitário (n = 9) Sobrecarga de tarefas (n = 8) Indisponibilidade médica (n = 3) Estrutura (n = 4) |
| | Dificuldades Assistenciais | Equipe médica x Enfermagem (n = 6) Doenças raras (n = 3) Resistência do paciente (n = 3) |

Fonte: Autores da pesquisa (2019).

Partindo da premissa de que reconhecer as dificuldades para a aplicação do raciocínio clínico pelo enfermeiro é um importante elemento do processo de trabalho, pois a partir desta atitude podemos destacar os fatores que interferem na sua aplicação e possivelmente corrigi-los ou contorná-los. Baseado na pesquisa, foram expostas algumas dificuldades como as fragilidades pessoais de modo que a desmotivação, falta de experiência e falta de informação foram os fatores destacados. Ainda foi possível enfatizar os obstáculos institucionais refletidos por meio de quantitativo deficitário de profissionais, sobrecarga de tarefas, indisponibilidade médica e estrutura. Já no que tange às dificuldades assistenciais, salienta-se a relação entre equipe médica e de enfermagem, pacientes que apresentavam doenças raras e resistência dos pacientes

3.3.1 Fragilidades pessoais

Quanto às fragilidades pessoais, quatro participantes (13,3%) referiram que a desmotivação do enfermeiro ou da equipe técnica constitui um obstáculo para o raciocínio clínico. Essa contribui para o não aprofundamento das investigações e dos cuidados.

Outra dificuldade relatada por três participantes (10%) foi o pouco tempo de experiência clínica. Segundo eles, o enfermeiro em início de carreira encontra diferentes obstáculos até adaptar-se com as rotinas e a assistência prestada no setor.

Além disso, quatro participantes (13,3%) relataram que a ausência de informações clínicas no prontuário do paciente pode dificultar seu raciocínio. De acordo com os relatos, a falta de acesso a esses dados impede o direcionamento e a qualidade da assistência.

3.3.2 Obstáculos institucionais

Com relação aos obstáculos institucionais, nove participantes (30%) referiram que o quantitativo humano deficitário é uma grande dificuldade, visto que contribui para a sobrecarga dos profissionais. Esses relatos foram evidenciados predominantemente por profissionais que atuam no SPA e por aqueles que trabalham no turno noturno, independentemente da unidade.

De forma semelhante, oito participantes (26,7%) apontaram a sobrecarga de tarefas como uma dificuldade para o raciocínio clínico. Isto, por sua vez, pode comprometer a assistência e gerar sentimentos de insatisfação nos profissionais no que se refere à sua atuação.

Outro aspecto interessante evidenciado por três participantes (10%) que atuavam no turno noturno foi a indisponibilidade da equipe médica. Conforme as falas, em casos de emergências e urgências tentavam comunicação com o médico plantonista via telefone, o que nem sempre era possível.

Além disso, quatro participantes (13,3%) referiram que a estrutura física e tecnológica das unidades também pode comprometer o raciocínio clínico do enfermeiro. Os relatos revelaram que a falta de computadores suficientes e/ou a infraestrutura inadequada dos ambientes pode atrasar o trabalho, além de comprometer a integridade física do profissional e/ou do paciente.

3.3.3 Dificuldades assistenciais

Quanto às dificuldades assistenciais para o raciocínio clínico, seis participantes (20%) mencionaram as relações entre as equipes médica e de enfermagem. Segundo eles, alguns médicos não compreendem a atuação do enfermeiro e isso ocasiona um distanciamento entre os profissionais. As falas revelaram que, muitas vezes, o enfermeiro não é reconhecido como um profissional que pensa, raciocina clinicamente e tem autonomia para atuar, mas sim como um subordinado às ordens médicas.

Ainda, três participantes (10%) revelaram que as patologias que não são frequentes na prática clínica podem constituir um dificultador para o raciocínio. De acordo com os relatos, a falta de conhecimento acerca dessas doenças fragmenta e prejudica o cuidado imediato ao paciente, além de exigir tempo extra do profissional para subsídios na literatura.

Ademais, três participantes (10%) destacaram a resistência de alguns pacientes como um dificultador para o raciocínio clínico. As falas evidenciaram que frente a isso, os enfermeiros buscam o auxílio dos profissionais da equipe multidisciplinar.

3.4 Estratégias de raciocínio clínico utilizadas pelo enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica

Esta categoria foi composta por duas unidades temáticas e cinco unidades de contexto, conforme exposto no Quadro 3. Além disso, abrangeu 50 unidades de registro.

Quadro 3 – Sumarização da categoria “Estratégias de raciocínio clínico utilizadas pelo enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica” – Rio Grande, RS, Brasil.

| Categoria | Unidades Temáticas | Unidades de contexto |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estratégias de raciocínio clínico utilizadas pelo enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doença crônica | Aspectos Práticos | Prática clínica (n = 21) Comparação entre casos clínicos (n = 4) |
| | Atualizações | Leituras (n = 12) Troca de conhecimentos com a equipe (n = 10) Capacitações (n = 3) |

Fonte: Autores da pesquisa (2019).

As estratégias de raciocínio clínico aplicadas pelo enfermeiro demonstram a capacidade do enfermeiro aplicar este conhecimento em detrimento de reconhecer aspectos importantes da condição do paciente hospitalizado, com intuito de promover a assistência de maior qualidade. A partir disso, foi possível chegar a duas unidades temáticas, descritas como os aspectos práticos, dispostas como prática clínica e a comparação entre casos clínicos novos com os já vivenciados pelo profissional e as atualizações por meio de leituras, capacitações e troca de conhecimento com a equipe profissional.

3.4.1 Aspectos práticos

A prática clínica foi a estratégia de raciocínio clínico mais utilizada pelos participantes, sendo referida por 21 enfermeiros (70%). De acordo com os relatos, a atuação desse profissional no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas requer, além do conhecimento científico, criticidade, agilidade e segurança para a tomada de decisões, que somente as vivências diárias fornecem.

No mesmo sentido da prática, quatro participantes (13,3%) apontaram a comparação entre casos clínicos com uma tática que favorece o raciocínio. Segundo as falas, esse método possibilita a identificação de semelhanças e divergências entre situações distintas, o que propicia o direcionamento do cuidado.

3.4.2 Atualizações

Outra estratégia mencionada pelos participantes foram as leituras, referidas por 12 enfermeiros (40%). Segundo eles, essa tática oportuniza a aquisição e incremento dos conhecimentos que subsidiam a prática clínica.

Ainda, 10 participantes (33,3%) apontaram a troca de conhecimentos com a equipe como uma importante técnica para desenvolvimento do raciocínio clínico. Conforme os relatos, esse intercâmbio de informações entre as classes profissionais favorece a densificação e propagação de conhecimentos necessários ao raciocínio clínico, de forma rápida e efetiva.

Além disso, três participantes (10%) citaram as capacitações como estratégia de raciocínio clínico. Segundo eles, essas são essenciais, haja vista que a produção de conhecimentos é constante.

4. Discussão

Verificou-se que os participantes do estudo eram, em sua maioria, mulheres, com idade média de 34 anos, o que converge com resultados de pesquisa nacional de base populacional que analisou o perfil dos profissionais de enfermagem (Machado, et al., 2015). Cabe destacar que apesar da forte feminilização, prevalente desde os primórdios da profissão (Lombardi & Campos, 2018), o número de participantes do sexo masculino neste estudo também foi significativo (27%), sendo, até mesmo, maior do que o observado em investigação realizada na Paraíba (12,5%) (Félix, et al., 2017), em São Paulo (17,5%) (Leal, et al., 2018) e em Mato Grosso do Sul (20,2%) (Araújo, et al., 2017), indicando o aumento da participação masculina na área (Machado, et al., 2015).

Constatou-se, ainda, que os participantes atuavam, principalmente, na UCM, seguido pelo SPA, UCC, UTI e UT, eram graduados entre seis e dez anos e tinham, no mínimo, uma especialização. Além disso, exerciam a profissão, em média, de seis a dez anos e seu tempo médio de trabalho na instituição era de seis meses, com mínimo de um mês e máximo de 20 anos, em regime de 36 horas semanais. Esses achados vão ao encontro de evidências da literatura nacional e internacional (Chaves, et al., 2016; Dias & Duran 2018; Seidi, et al., 2015) mostrando que há um perfil profissional bem definido e estabelecido de enfermeiros.

Como **facilidades para o raciocínio clínico do enfermeiro**, os participantes referiram fatores institucionais, pessoais/individuais e interpessoais. No que se refere aos fatores institucionais, foram apontados o quantitativo de pessoal de enfermagem, o acesso à internet na unidade, as capacitações disponibilizadas pela instituição e o fato de se tratar de um hospital escola. Estudo realizado em uma unidade de clínica médica de um hospital mineiro ratifica esse achado ao evidenciar que o dimensionamento adequado dos recursos humanos da enfermagem constitui uma estratégia de gestão capaz de contribuir não somente para o raciocínio dos profissionais, mas também para o planejamento das ações de saúde, gerenciamento dos custos e receitas institucionais, redução de eventos adversos relacionados à assistência e a manutenção da segurança do paciente (Araújo, et al., 2017).

Além disso, publicação do Ministério da Saúde sublinha as tecnologias e sistemas da informação (telefones, celulares, computadores, *notebooks*, *tablets*, impressoras, *modems* e roteadores de internet, sistemas virtuais de entrada de informações, monitoramento/acompanhamento e geração de dados, entre outros) como importantes estratégias para facilitação do processo informação-planejamento-decisão-ação nas instituições hospitalares. Essas, em geral, permeiam vários níveis hierárquicos e funcionais dos hospitais, desde a administração e englobando toda a cadeia assistencial, sendo cruciais para a otimização do trabalho, além de representarem um estímulo ao uso da telemedicina e videoconferências como meios complementares de assistência (Brasil, 2014).

Estudo realizado em um hospital universitário no sul do Brasil verificou que os enfermeiros utilizavam os computadores, principalmente, para questões administrativas, como comunicação com outros profissionais via correio eletrônico, pesquisas bibliográficas para sanar dúvidas da prática clínica, investigação de informações administrativas do paciente, da unidade e da equipe, solicitação materiais e elaboração relatórios. Ainda, constatou que empregavam com menor frequência as máquinas para questões clínicas, como registros de enfermagem, pelo fato de que o sistema disponibilizado pela instituição era ultrapassado e falho (Gonçalves, et al., 2016).

Outra pesquisa, também operacionalizada em um hospital no sul do Brasil, evidenciou a disponibilidade de um número reduzido de computadores nas unidades assistenciais. Assim, os profissionais privilegiavam a realização de tarefas administrativas que somente podiam ser feitas por meio eletrônico, como a solicitação de materiais e manutenção, em detrimento dos registros de enfermagem, que eram realizados em prontuário físico (mesmo existindo um sistema eletrônico destinado a essa função na instituição) (Benedet, et al., 2016).

Nesse sentido, cabe destacar que, embora as tecnologias e sistemas de informação representem um facilitador do trabalho nos hospitais, para alcançar seu potencial máximo é necessário que as instituições ofereçam equipamentos eletrônicos e sistemas de qualidade e em número adequado, velocidade de internet que comporte a realização de todas as tarefas propostas, bem como, capacitação dos profissionais para o uso dessas tecnologias. Caso contrário, essas tecnologias podem constituir um entrave para o raciocínio clínico dos profissionais e para o bom andamento do trabalho em saúde (Gonçalves, et al., 2016; Benedet, et al., 2016).

Afora isso, outros autores apontam que os programas de educação permanente e educação continuada dos serviços de saúde são importantes estratégias para atualização das equipes de saúde, bem como para a incorporação dessas no processo laboral (Gonçalves, et al., 2016; Arnemann, et al., 2018; Fagundes, et al., 2016). Cabe destacar que esses programas

promovem a capacitação contínua dos profissionais, baseada no ambiente rotineiro no qual desenvolvem suas atividades, e, conseqüentemente, a construção de uma visão crítica das práticas mais frequentes em sua profissão, de modo a desenvolvê-las de maneira mais eficiente e benéfica. Para mais, podem estimular a ética profissional do enfermeiro, seu aprofundamento técnico-científico, sua capacidade de gerenciamento da equipe de enfermagem e sua assiduidade, pontualidade e comprometimento com a instituição (Gonçalves, et al., 2016). Ademais, a literatura mostra os hospitais de ensino, entre eles os hospitais universitários, como instituições facilitadoras do raciocínio clínico (Puschel, et al., 2017; Lobo, et al., 2016; Bogo, et al., 2015), convergindo com os achados deste estudo. Os dados revelam que essas instituições fomentam inúmeras possibilidades, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão. Proporcionam, ainda, o desenvolvimento de atividades compartilhadas com profissionais assistenciais de diversas áreas, docentes, pesquisadores e estudantes no contexto em que a prática clínica ocorre, favorecendo, assim, o raciocínio coletivo, através do compartilhamento de conhecimentos e experiências (Puschel, et al., 2017; Lobo, et al., 2016; Bogo, et al., 2015).

Quanto aos fatores pessoais/individuais, foram citados o tempo de atuação na profissão, o conhecimento científico e a organização. Resultados semelhantes foram obtidos em estudo realizado com enfermeiros atuantes em emergências, em Porto Alegre, que apontou o tempo de atuação assistencial e o nível de conhecimentos teórico-clínicos como alguns dos fatores cruciais para o incremento das habilidades de raciocínio (Crossetti, et al., 2014).

Paralelamente, pesquisa sueca revelou que existe um entrelaçamento entre o conhecimento científico e o tempo de exercício profissional enquanto facilitadores do raciocínio. De acordo com os dados, é importante estar bem informado – em posse de conhecimentos básicos da enfermagem e novidades da área – para atender adequadamente às necessidades de cuidado e, conseqüentemente, adquirir competências clínicas. Assim, não basta que o enfermeiro possua muitos anos de experiência ou inúmeros conhecimentos isoladamente. Por um lado, se ele possuir larga experiência e não agregar novos conhecimentos, isso pode se tornar um dificultador para seu raciocínio, por basear-se em uma ciência ultrapassada. Por outro lado, de nada vale o profissional conhecer todas as teorias e técnicas se não souber aplicá-las em sua prática clínica (Andersson, et al., 2015).

Assim, o tempo de atuação como enfermeiro e o conhecimento técnico-científico são elementos essenciais e complementares para a determinação dos cuidados. Nesse sentido, quando o profissional identifica os sinais e sintomas de uma patologia em um paciente e os compara com as apresentações de casos clínicos semelhantes que vivenciou anteriormente, ele está demonstrando o desenvolvimento de sua capacidade de raciocínio e evidenciando a indissociabilidade existente entre teoria e prática. Portanto, essa associação constitui a base das ações do profissional (Crossetti, et al., (2014).

Em contraponto, pesquisa multicêntrica, realizada na Holanda e na Bélgica, verificou que muitos enfermeiros priorizam a experiência em detrimento da ciência, vindo ao encontro dos achados do presente estudo. Conforme os relatos dos participantes da referida pesquisa, as vivências do trabalho constituem o facilitador mais importante para o raciocínio clínico, por proporcionarem o aprendizado com os próprios erros e acertos, sendo esse conhecimento mais eficiente, de mais fácil fixação do que aquele apreendido, apenas por meio de leituras (Birket al., 2019).

Com relação aos fatores interpessoais foram mencionados a comunicação com a equipe multiprofissional e a interação com o paciente. A literatura mostra que a principal fonte de informações para o raciocínio clínico são os diálogos estabelecidos com a equipe multiprofissional e os pacientes. Para evitar tomadas de decisões clínicas equivocadas e garantir a segurança do paciente, o enfermeiro deve ser coadjuvante nos processos interacionais, ouvindo atentamente e permitindo que os interlocutores exponham livremente suas informações (Barbosa, et al., 2016).

Estudo de revisão integrativa evidenciou que o processo interacional enfermeiro- paciente é um facilitador do raciocínio clínico. De acordo com os dados, o convívio diário e a familiaridade do profissional com o indivíduo favorecem a identificação precoce de alterações, desde as mais sutis, e a atuação sobre elas (Massey, et al., 2017). Cabe salientar que essa facilidade pode ser interdependente e proporcional à habilidade de observação, ao conhecimento científico e à intuição (hábito mental de um

pensador crítico caracterizado como a sensação de saber sobre determinado fenômeno sem fazer o uso consciente da razão) de cada profissional (Quaresma, et al., 2019).

Nesse sentido, a comunicação é uma ferramenta imprescindível no cuidado aos indivíduos com doenças crônicas. É através dela que o enfermeiro pode sanar as dúvidas dos pacientes e seus familiares/cuidadores/acompanhantes, prepará-los para o autocuidado, minimizar sua ansiedade e aflição, promover o conforto e melhorar a qualidade da assistência prestada (Andrade, et al., 2017).

Além disso, a comunicação eficaz entre os diferentes membros da equipe multidisciplinar de saúde também pode ser uma estratégia facilitadora do raciocínio clínico, ao passo que prioriza a interação dos saberes e a discussão dos casos clínicos, promovendo a articulação dos conhecimentos. Como consequência, além de facilitar e amparar os profissionais perante os processos decisórios, pode contribuir para o enfrentamento de situações graves dos pacientes (Moreda, et al., 2019).

Por fim, como **estratégias para realização do raciocínio clínico**, os participantes referiram aspectos práticos – prática clínica e comparação entre casos clínicos – e atualizações leituras, troca de conhecimento com a equipe e capacitações – o que converge com achados de estudos anteriores (Menezes, et al., 2015; Leal, et al., 2018; Crossetti, et al., 2014; Moreda et al., 2019). Diante disso, ressalta-se que o entrelaçamento entre teoria e prática assistencial é o principal elemento responsável pela aquisição de competências clínicas favoráveis ao raciocínio (Andersson, et al., 2015).

5. Considerações Finais

No que se refere às **facilidades para o raciocínio clínico do enfermeiro**, identificaram-se fatores institucionais, pessoais/individuais e interpessoais. Como fatores institucionais, foram elencados: quantitativo de pessoal de enfermagem, acesso à internet na unidade, capacitações disponibilizadas pela EBSEH e o fato de se tratar de um hospital escola. Como fatores pessoais/individuais, foram citados: tempo de atuação na profissão, conhecimento científico e organização. Como fatores interpessoais, foram mencionados: comunicação com a equipe multiprofissional e interação com o paciente.

Quanto às **dificuldades para o raciocínio clínico do enfermeiro**, identificaram-se fragilidades pessoais (desmotivação, pouco tempo de experiência e falta de informação), obstáculos institucionais (quantitativo humano deficitário, sobrecarga de tarefas, indisponibilidade médica e falta de estrutura) e dificuldades assistenciais (relações entre as equipes médica e de enfermagem, doenças raras e resistência do paciente).

Por fim, foram apontados aspectos práticos e atualizações como principais **estratégias empregadas pelo enfermeiro para o desenvolvimento de seu raciocínio clínico**. Como aspectos práticos, foram destacadas a prática clínica e a comparação entre casos clínicos. Já como atualizações, foram referidas as técnicas de leituras, troca de conhecimentos com a equipe e capacitações.

Ressalta-se que, embora este estudo tenha sido realizado simultaneamente em diversas unidades de internação hospitalar (UCM, UCC, UT, UTI e SPA), não foram verificadas diferenças significativas nas respostas e posicionamentos dos participantes, com exceção da dificuldade de dimensionamento inadequado de profissionais da enfermagem, referenciada predominantemente por enfermeiros do SPA e do turno noturno (independente da unidade). Destaca-se, também, que os profissionais com maior tempo em anos de atuação na assistência apresentaram maior facilidade e desenvoltura para se posicionar acerca da temática proposta, enquanto que os com pouca experiência tiveram dificuldades para responder os questionamentos, necessitando de minutos a mais de reflexão antes de definir sua resposta, o que corrobora os pressupostos da Teoria do Processo Dual, apresentada na revisão de literatura deste estudo.

Como limitação do estudo, sublinha-se a impossibilidade de generalização dos resultados, por se tratar de uma investigação realizada em um único hospital no sul do Brasil. No entanto, esses achados permitem traçar um panorama da aplicação do raciocínio clínico pelo enfermeiro no âmbito da instituição, visto que os participantes foram enfermeiros de

múltiplas unidades de internação e que houve a repetição de ideias e não divergência de informações. Esse, por sua vez, possibilita o direcionamento de estratégias institucionais que favoreçam o processo de raciocínio e tomada de decisões desses profissionais.

Espera-se que os achados do presente estudo possam contribuir para a ciência da Enfermagem, a partir do aprofundamento do conhecimento acerca do raciocínio clínico aplicado ao trabalho do enfermeiro. Além disso, poderá subsidiar estratégias/técnicas que favoreçam o aperfeiçoamento do raciocínio clínico nas tomadas de decisões do enfermeiro, bem como, o desenvolvimento de novas pesquisas neste campo de atuação, tornando o raciocínio clínico importante ferramenta para o cuidado ao paciente hospitalizado, bem como há também a possibilidade de aprimoramento na habilidade do raciocínio clínico e no ensino em enfermagem. Ademais, poderá contribuir para otimização do cuidado ao adulto com doenças crônicas em situação de internação hospitalar.

Referências

- Andersson, E. K., Willman, A., Sjöström-Strand, A., & Borglin, G. (2015). Registered nurses' descriptions of caring: a phenomenographic interview study. *BMC Nurs*, 14(16), 1-10. [10.1186/s12912-015-0067-9](https://doi.org/10.1186/s12912-015-0067-9).
- Andrade, C. G., Da Costa S. F. G., Costa, I. C. P., Dos Santos, K. F. O., & Brito, F. D. M. (2017). Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. *Rev Fund Care Online*, 9(1), 215-221. [10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.215-221).
- Araújo, M. A. N., Lunardi Filho, W. D., Alvarenga M. R. M., De Oliveira R. D., Souza J. C., & Vidmantas S. (2017). Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. *Rev Enferm UFPE*, 11(11), 4716-4725. [10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201723](https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201723).
- Arnemann, C. T., Lavich, C. R. P., Terra, M. G., Mello, A. L., & Raddatz, M. (2018). Educação em saúde e educação permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem. *Rev Baiana Enferm*, 32(1), 1-10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.24719>.
- Barbosa, I. A., Da Silva, K. C. D. C. D., Da Silva, V. A., & Da Silva, M. J. P. (2016) O processo de comunicação na telenfermagem: revisão integrativa. *Enferm Foco*. v. 7, n. esp, p. 9-14. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690421i>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*: edições 70.
- Becerril, L. C., Talavera, B. E. M., Gómez, B. A., & Rojas A. M. (2017). Desarrollo del pensamiento reflexivo y crítico en estudiantes de enfermería: evidencia de una universidad pública mexicana. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 12(1), 1-19.
- Benedet, S. A., Gelbcke, F. L., Amante, L. N., Padilha, M. I. D. S., & De Pires, D. P. (2016). Processo de enfermagem: instrumento de sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *J Res Fundam Care Online*, 8(3), 4780-4788. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>.
- Bogo, P. C., Bernardino, E., Castilho, V., & Cruz, E. D. D. A. (2015). O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. *Rev Esc Enferm USP*, 49(4), 632-639. [10.1590/S0080-623420150000400014](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400014).
- Brasil. Datasus - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de informação de informações hospitalares do sus.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). Por que gesiti?: *Gestão de sistemas e tecnologias da informação em hospitais – panorama, tendências e perspectivas em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brink, N. V. D., Holbrechts, B., Brand, P. L.P., Stolper, E. C. F., & Royen, P. V. (2019) Role of intuitive knowledge in the diagnostic reasoning of hospital specialists: a focus group study. *BMJ Open*, 9(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022724>.
- Busanello, J., De Pinto, D. M., Chaves, O. C. S., Schons, E. D. S., Tonin, D., & Freire, J. M. (2016). Avaliação clínica na prática acadêmica do enfermeiro: fundamentos para o cuidado de enfermagem. *Rev Enferm UFPE Online*, 106, p. 2279-2285. [10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201646](https://doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201646).
- Carvalho, E. C. D., Cruz, D. D. A. L. M. D., & Herdman, T. H. (2013). Contribuições das linguagens padronizadas para a produção de conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v. 66 (esp), p. 134-141.
- Chaves, R. R. G., Silva, C. F. M., Motta, E., Ribeiro E. D. L. M., & Andrade, Y. N. L. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem: visão geral dos enfermeiros. *Rev Enferm UFPE*, 10(4), 1280-1285. [10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201615](https://doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201615).
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto*. [S. l.]: Penso, 2021. 398 p.
- Crossetti, M. D. G. O., Bittencourtb, G. K. G. D., Limac, A. A. A., De Góesd, M. G. O., & Saurine, G. (2014). Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. *Rev Gaúcha Enferm*, 35(5), 55-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45947>.
- Delany, C. & Golding, C. (2014). Teaching clinical reasoning by making thinking visible: an action research project with allied health clinical educators. *BMC Med Educ*, v.14, n. 20, p. 1- 10.
- Dias, L. B., & Duran, E. C. M. (2018). Atitudes do enfermeiro frente ao processo de enfermagem de um hospital público: estudo descritivo. *Rev Enferm UERJ*, 26(1), 1-5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.26412>.

- Fagundes, N. C., Rangel, A. G. C., Carneiro, T. M., Castro, L. M. C., & Gomes, B. D. S. (2016). Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. *Rev Enferm UERJ*, 24(1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11349>.
- Félix, T. G. S., Silva, C. R. V., Meira, M. L. M., De Negreiros, R. V., Mendes, J. M. S., & Vêras, G. C. B. (2017). Percepção dos enfermeiros assistenciais sobre a comissão de controle de infecção hospitalar. *Enferm Foco*, 8(3), 56-60. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1115>.
- Gallani, M. C. B. J. (2015). The nurse in the context of chronic disease. *Rev Latino-Am Enferm*, 23(1), 1-2. 10.1590/0104-1169.0000.2517.
- Garcia-Fernandez, F. P., Arrabal-Orpez, M. J., Rodríguez-Torres, M. D. C., Gila-Selas C., & Laguna-Parras, J. M. (2014) Effect of hospital case-manager nurses on the level of dependence, satisfaction and caregiver burden in patients with complex chronic disease. *J Clin Nurse*, 23(1), 2814-2821. 10.1111/jocn.12543.
- Gonçalves, C. A., Souza, E. D. D. C., Campos, R. B., Almeida, M. L., & Zilly, A. (2016). Educação permanente em saúde para profissionais de enfermagem na região da Tríplice Fronteira de Foz do Iguaçu-Paraná. *Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa*, 1(1), 146-155.
- Gonçalves, L. S., Castro, T. C., & Fialek, S. A. (2016). Experiência computacional de enfermeiros brasileiros de um hospital universitário. *J Health Inform*, 7(3), 82-87, 2015.
- Kahl, C., Meirelles, B. H. S., Lanzoni, G. M. D. M., Koerich, C., & Da Cunha, K. S. (2018). Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 52(27), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017025503327>.
- Leal, L. A., Soares, M. I., Da Silva, B. R., Bernardes, A., & Camelo, S. H. H. (2018). Competências clínicas e gerenciais para enfermeiros hospitalares: visão de egressos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 71(4), 1605-1612. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0452>.
- Lee, J., Lee, Y. J., Bae, J. Y., & Seo, M. (2016). Registered nurses clinical reasoning skills and reasoning process: a think-aloud study. *Nurse Educ Today*, v. 46, p. 75-80. 10.1016/j.nedt.2016.08.017.
- Lobo, M. S. C., Rodrigues, H. D. C., André, E. C.G., De Azeredo, J. A., & Lins, M. P. E. (2016). Análise envoltória de dados dinâmica em redes na avaliação de hospitais universitários. *Rev Saúde Pública*, 50(22), 1-12. 10.1590/S1518-8787.2016050006022.
- Lombardi, M. R., & Campos, V. P. A. (2018). Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Revista ABET*, 17(1), 28- 46.
- Loss, S. H., Nunes, D. S. L., Franzosi, O. S., Salazar, G. S., Teixeira, C., & Vieira, S. R. R. (2017). Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas? *Rev Bras Ter Intensiva*, 29(1), 87-95. 10.5935/0103-507X.20170013.
- Lunney, M., Garcez, R. M. (Tradutor), Almeida, M. D. A., Lucena, A. D. F., & Da Silva, E. R. R. (2011) *Pensamento crítico para alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Machado, M. H., Filho, W. A., De Lacerda, W. F., De Oliveira, E., Lemos, W., Wermelinger, Vieira, M., Dos Santos, M. R., Junior, P. B. S., Justino, E., & Barbosa, C. (2015). Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco*, 6(1), 11-17. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>.
- Massey, D., Chaboyer W., & Anderson, V. (2017). What factors influence Ward nurses' recognition and response to patient deterioration? an integrative review of the literature. *Nurs Open*, 4(1), 6-23, 2017. <https://doi.org/10.1002/nop2.53>.
- Menezes, S. S. C. D., Corrêa, C. G., Silva, R. D. C. G., & Da Cruz, D. D. A. M. L. (2015). Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. *Rev Esc Enferm USP*, 49(6), 1037-1044. 10.1590/S0080-62342015000600021.
- Moreda, K. F., Cecagno, D., Weykamp, J. M., Moura, P. M. M., Biana, C. B., Porto, A. R. E., & Marques, V. (2019) Processo de tomada de decisão no trabalho em uma maternidade: vivências dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 87(1), 1-6. <https://doi.org/10.31011/read-2019-v.87-n.25-art.216>.
- Puschel, V. A. A., Costa, D., Reis, P. P., De Oliveira, L. B., & Carbogim, F. D. C. (2017). O enfermeiro no mercado de trabalho: inserção, competências e habilidades. *Rev Bras Enferm*, 70(6), 1288-1295. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0061>.
- Quaresma, A. S., Xavier, D. M., & Cezar-Vaz, M. R. (2019). Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual. *Rev Enferm UERJ*, 27(1), 1-6. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.37862>.
- Riegel, F., Crossetti, M. D. G. O., & Siqueira, D. S. (2018). Contribuições da teoria de Jean Watson ao pensamento crítico holístico do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*, 71(4), 2193- 2197. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>.
- Seidi, J., Alhani, F., & Salsali, M. (2015). Nurses clinical judgment development: a qualitative research in Iran. *Iran Red Crescent Med J*, 17(8), 1-8. DOI: 10.5812/ircmj.20596.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2014). *Tratado de enfermagem medico-cirúrgica*. (12ª. ed.): Guanabara Koogan.
- Souza, I. C. P., Silva, A. G., Quirino, A. C. D. S., Michelle Silva Neves, M. S., & Moreira, L. R. (2014). Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas no cuidado domiciliar. *Rev Min Enferm*, 18(1), 164-172. 10.5935/1415-2762.20140013.
- Xavier, B. L. S., Santos, A., Almeida, R. F., Clos, A. C., & Dos Santos, M. T. (2014) Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. *Rev Enferm UERJ*, 22(3), 314-320.