

Percepção de enfermeiros acerca da aplicação e finalidade do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas

Nurses' perception about the application and purpose of clinical reasoning in the care of hospitalized adults with chronic diseases

Percepción de enfermeros sobre la aplicación y finalidad del razonamiento clínico en la atención de adultos hospitalizados con enfermedades crónicas

Recebido: 04/11/2020 | Revisado: 13/11/2020 | Aceito: 14/11/2020 | Publicado: 18/11/2020

Adrieli dos Santos Quaresma

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4448-5367>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: theadriquaresma@gmail.com

Daiani Modernel Xavier

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3832-2120>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: daiamoder@gmail.com

Clarice Alves Bonow

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9918-9234>

Universidade Federal de Pelotas, Brasil

E-mail: claricebonow@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 a percepção de enfermeiros acerca da aplicação e finalidade do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas. Metodologia: estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado com enfermeiros atuantes em unidades de internação adulto de um Hospital Universitário, no sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo. Resultados: constatou-se que a percepção do raciocínio clínico de enfermeiros aplicou-se de

forma (in)consciente nas atividades assistenciais e gerenciais. Sua finalidade foi autorreferida na qualificação do cuidado, conforto do paciente e prevenção de complicações. Conclusão: acredita-se que esses achados sejam instrumentos norteadores para o questionamento, análise, síntese, interpretação, inferência, raciocínio indutivo e dedutivo, intuição, aplicação e criatividade para tomada de decisão do enfermeiro nas práticas cuidativas ao paciente adulto hospitalizado com doenças crônicas.

Palavras-chave: Tomada de decisão clínica; Doença crônica; Hospitalização; Enfermagem.

Abstract

Objective: to know the perception of nurses about the application and purpose of clinical reasoning in the care of hospitalized adults with chronic diseases. Methodology: exploratory-descriptive study, with a qualitative approach. It was carried out with nurses working in adult inpatient units of a University Hospital in southern Brazil. Data collection took place from July to December 2018, through semi-structured interviews. The data were analyzed using the Thematic Content Analysis. Results: it was found that the nurses' perception of clinical reasoning was applied (in)consciously in care and management activities. Its purpose was self-reported in the qualification of care, patient comfort and prevention of complications. Conclusion: these findings are believed to be guiding instruments for questioning, analysis, synthesis, interpretation, inference, inductive and deductive reasoning, intuition, application and creativity for nurses' decision-making in care practices for adult hospitalized patients with chronic diseases.

Keywords: Clinical decision-making; Chronic disease; Hospitalization; Nursing.

Resumen

Objetivo: conocer la percepción de enfermeros sobre la aplicación y finalidad del razonamiento clínico en la atención de adultos hospitalizados con enfermedades crónicas. Metodología: estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo. Se llevó a cabo con enfermeros que trabajaban en unidades de hospitalización de adultos de un Hospital Universitario, en el sur de Brasil. La recolección de datos se realizó de julio a diciembre de 2018, a través de entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron mediante el análisis de contenido temático. Resultados: se encontró que la percepción de los enfermeros sobre el razonamiento clínico se aplicó (in)conscientemente en las actividades de atención y gestión. Su propósito fue autoinformado en la calificación de la atención, la comodidad del paciente y la prevención de complicaciones. Conclusión: se cree que estos hallazgos son instrumentos

rectores de cuestionamiento, análisis, síntesis, interpretación, inferencia, razonamiento inductivo y deductivo, intuición, aplicación y creatividad para la toma de decisiones del enfermero en las prácticas asistenciales de pacientes adultos hospitalizados con enfermedades crónicas.

Palabras clave: Toma de decisiones clínicas; Enfermedad crónica; Hospitalización; Enfermería.

1. Introdução

Atualmente, vive-se um período caracterizado por intensas modificações sociais, econômicas e culturais, decorrentes da globalização. Essas contribuíram para adoção de práticas/estilos de vida não saudáveis, como o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e ingestão de alimentos ricos em lipídios, glicídios, sódio e conservantes e, conseqüentemente, alteração no padrão de adoecimento das pessoas. As doenças infecciosas, que antes eram as principais causas de morbimortalidade mundial, cederam essa posição às doenças crônicas, como as cardiovasculares e pulmonares, o diabetes e as neoplasias (Brasil, 2013).

As doenças crônicas se caracterizam como condições clínicas multifatoriais, com sintomas ou incapacidades associadas, que apresentam progressão lenta e duradoura, não se resolvem de maneira espontânea e, em geral, não possuem cura. Normalmente, possuem início assintomático, com pouca ou nenhuma repercussão na qualidade de vida do indivíduo. No entanto, evoluem até o surgimento de sintomas clínicos, com posterior deterioração da funcionalidade e surgimento de incapacidades, gerando impactos moderados ou grandes, na qualidade de vida, visto que limitam ou impossibilitam a realização de atividades rotineiras, como trabalho e lazer (Smeltzer & Bare, 2014; Souza et al., 2014; Veliz-Rojas & Saavedra, 2017).

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 (Garcia-Fernandez et al., 2014; Loss et al., 2017; Souza et al., 2014; Xavier, Gomes & Cezar-Vaz, 2020). Frente a essa demanda de cuidados e lavando-se em consideração o avanço tecnológico e a incorporação de métodos mais complexos para promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, faz-se necessário o aprimoramento do processo de cuidar. Sendo assim, o enfermeiro, bem como outros profissionais da área da saúde, não

apenas dominem técnicas precisas de cuidado, mas também desenvolvam e aprimorem suas habilidades cognitivas, como o raciocínio clínico (Quaresma, Xavier & Cezar-Vaz, 2019).

O raciocínio clínico, também conhecido como pensamento crítico, julgamento clínico ou tomada de decisão, pode ser caracterizado como um conjunto de processos cognitivos complexos que possibilitam a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas em um contexto clínico. Para isso, fundamenta-se no intercâmbio de informações entre enfermeiro e indivíduo (J. Lee, Y. J. Lee, Bae & Seo, 2016; Aragão & Almeida 2017; Delany & Golding, 2014). Envolve reconhecimento de padrões, julgamento intencional de informações, análise, avaliação, inferência de resultados e justificativa consistente das decisões e ações (Riegel, Crossetti & Siqueira, 2018; J. Lee, Y. J. Lee, Bae & Seo, 2016).

O raciocínio clínico mostra-se um tema importante nas produções científicas, no campo do ensino em enfermagem (Becerril et al., 2017; Delany & Golding, 2014; Carvalho, Oliveira-Kumakura & Morais, 2017). 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 mostra-se 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. Assim, investigar a aplicação do raciocínio clínico pelo enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas possibilita aprofundar conhecimentos científicos sobre essa temática, de forma a contribuir com a pesquisa, a assistência e o ensino em enfermagem.

Diante do exposto, elaborou-se como questão norteadora: Qual a percepção de enfermeiros acerca da aplicação e finalidade do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas? A partir dessa, objetivou-se conhecer a percepção de enfermeiros acerca da aplicação e finalidade do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas.

2. Metodologia

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido nas unidades de Clínica Médica (UCM), Clínica Cirúrgica (UCC), Traumatologia (TMT), Terapia Intensiva (UTI) e Serviço de Pronto Atendimento (SPA) de

um Hospital Universitário no sul do Brasil. A escolha pelas referidas unidades ocorreu por serem destinadas à internação clínica ou cirúrgica de adultos, incluindo aqueles com doenças crônicas. 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 TMT 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.

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. Utilizou-se como critério de inclusão: ser enfermeiro que possua vínculo empregatício com a instituição. Foram excluídos aqueles enfermeiros que se encontravam em licença saúde, no período da coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2018, 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, em salas privativas localizadas nas unidades onde atuavam.

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.

Os áudios das entrevistas foram transcritos na íntegra e os dados analisados, de acordo com as três etapas da Análise Temática de Conteúdo, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, inferência e interpretação (Bardin, 2011). Na primeira, realizou-se a organização dos dados, por meio da leitura flutuante, formulação de hipóteses e preparação do material.

Na segunda, 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 frequencial e categorização) e de contexto (correspondentes a segmentos textuais de

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).

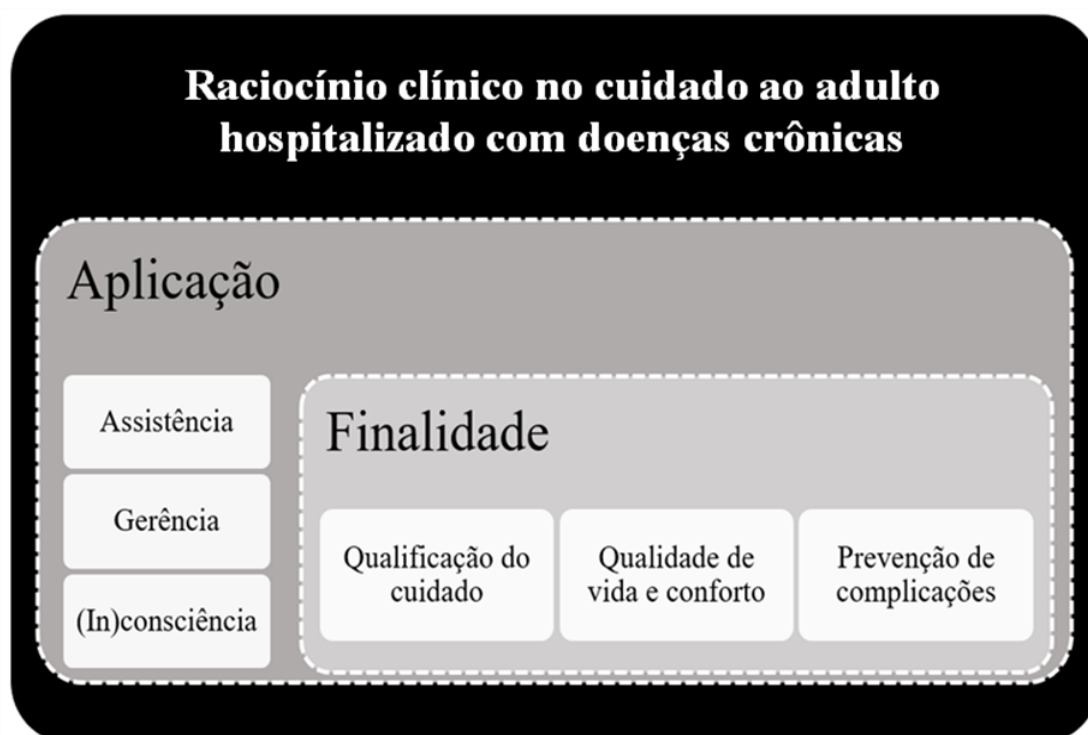
Por fim, na terceira, realizou-se a categorização dos dados, ou seja, o agrupamento de elementos semelhantes sob um título genérico, baseado nos procedimentos de recortes, agregação e enumeração executados na etapa anterior. Essa classificação obedeceu aos critérios básicos de exclusão mútua (cada elemento 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.

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.

3. Resultados

A análise dos dados evidenciou as seguintes categorias: caracterização dos participantes, aplicação do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas e finalidade do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas, conforme Figura 1.

Figura 1 - Modelo esquemático da composição das categorias deste estudo.



Fonte: Autores.

Ademais, as categorias presentes, neste estudo, foram compostas por quatro unidades temáticas e 11 unidades de contexto e 76 unidades de registro, conforme Quadro 1. Dessas, algumas foram apresentadas na sequência do texto, por meio da fala dos participantes.

Quadro 1 – Sumarização das categorias “Aplicação do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas e Finalidade do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas”. Rio Grande, RS, Brasil.

UNIDADES TEMÁTICAS	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO (n*)
Aplicação	Assistência	Intercorrências clínicas (n = 15) Avaliação diária (n = 9) Procedimentos técnicos (n = 6) Internação/primeiro contato com o paciente (n = 4)
	Gerência	Gerência de leitos (n = 1) Gerencia de materiais (n = 1) Organização do trabalho (n = 1)
	(In)consciência	Mais do que se racionaliza (n = 9)

Finalidade	Objetivo	Qualificação do cuidado (n = 14) Conforto (n = 13) Prevenção de complicações (n = 5)
-------------------	-----------------	--

Nota: *n corresponde ao número total de participantes que mencionaram a unidade de registro. Fonte: autores.

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 30 enfermeiros, sendo 13 (43,3%) atuantes na UCM, oito (26,7%) 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 possuíam idade média de 34 anos, com variação de 25 a 46 anos. No que se refere à formação profissional, os dados revelaram 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 pós-graduação. As pós-graduações mais referidas foram as especializações em Enfermagem em Urgência e Emergência (30%), Enfermagem em Terapia Intensiva (16,7%) e Enfermagem do Trabalho (16,7%), bem como o Mestrado em Enfermagem (16,7%).

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 onze a quinze 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.

Aplicação do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas

No que se refere à assistência de enfermagem ao adulto hospitalizado com doença crônica, 15 (50%) participantes referiram utilizar o raciocínio clínico nas situações de intercorrências/emergências. Conforme os relatos, essas são situações que requerem a capacidade raciocinar de forma rápida e precisa no processo de trabalho do enfermeiro.

Uso o raciocínio clínico, principalmente, nas urgências e emergências. Nesses momentos, tem que pensar e agir com rapidez e exatidão. É aquela coisa de imediato. Faz parte do meu processo de trabalho diário. (E2)

Emprego o raciocínio clínico nas intercorrências clínicas. Por exemplo, quando o paciente está sudorético e letárgico eu já peço para o técnico trazer um glicosímetro e verificar a glicemia capilar, pois pode se tratar de uma hipoglicemia. Outra situação é a do indivíduo que está nervoso, ansioso e começa a relatar dor. Eu já peço para o técnico verificar a pressão arterial. Pode ser que esteja hipertenso devido ao estresse. (E27)

O raciocínio clínico é muito importante para que possamos conhecer a história clínica do paciente, identificar seus fatores de risco e definir nossas ações – avaliar a necessidade de chamar o médico imediatamente, puncionar um acesso venoso periférico e instalar soro, por exemplo. (E17)

Além disso, nove (30%) participantes revelaram raciocinar clinicamente durante as visitas/avaliações diárias dos pacientes internados. De acordo com os mesmos, elas possibilitam a avaliação do estado geral de cada indivíduo, a fim de prestar assistência e orientação adequada às condições identificadas.

Uso meu raciocínio clínico nas avaliações diárias. Quando faço uma história clínica geral e examino cada um. (E29)

Utilizo o raciocínio clínico quando passo nas visitas. Converso com os pacientes e eles costumam trazer muitas dúvidas sobre a doença deles, então, também uso esse raciocínio para orientá-los. (E25)

Em princípio, as visitas com os pacientes exigem o raciocínio clínico. Precisamos estar atentos. Como são muitos pacientes, temos que ter uma técnica de avaliação apurada, aquele olhar clínico diferenciado, focando nas queixas principais, senão perdemos bastante tempo e alguns pacientes não ficam bem assistidos e orientados. (E7)

Ainda, quatro (13,3%) participantes mencionaram a internação, ou seja, a primeira avaliação do paciente como um importante momento para o uso do raciocínio clínico. Segundo eles, trata-se de um período decisivo para o planejamento do cuidado a ser prestado.

Eu utilizo o raciocínio clínico, principalmente, quando o paciente interna, ou seja, no primeiro contato com ele durante a hospitalização, porque ainda não conheço sua história clínica. (E8)

Aplico muito o raciocínio clínico no momento da internação. É nesse momento que me sento, avalio, penso o que pode ser ofertado para esse paciente e o que eu posso fazer por ele. (E16)

Ademais, seis (20%) participantes associaram o uso do raciocínio clínico à realização de procedimentos técnicos. Dentre os procedimentos citados, destacaram-se os curativos e a diluição de medicamentos.

Aplico o raciocínio clínico na hora de avaliar e realizar um curativo. Tenho que saber os tipos de cobertura disponíveis e a indicação de cada uma delas. (E26)

Os curativos exigem tanto o meu raciocínio como os meus conhecimentos, não só da ferida em si, mas do paciente como um todo. Raciocino o porquê aquela técnica que eu estou utilizando para realizar o procedimento estar ou não sendo efetiva e de que forma a doença de base dele pode interferir na cicatrização. (E6)

Aqui os médicos não prescrevem as medicações com as diluições, por isso, às vezes, surgem dúvidas e acabo utilizando mais o raciocínio. (E12)

No que tange à gestão em enfermagem, três (10%) dos participantes apontaram atividades, como: seleção de leitos, gerenciamento de materiais de consumo e organização do trabalho. Em consonância com os relatos, o raciocínio clínico nas atividades de gerência do cuidado é importante para o fornecimento de uma assistência de qualidade e para o correto aproveitamento dos recursos públicos, destinados à instituição.

Empregamos o raciocínio clínico desde que o paciente interna. Começamos a pensar para que leito ele irá e o porquê dele ir para aquele leito, se ele precisará de oxigênio, se tem dificuldade de mobilidade e se vai precisar de banho no leito, por exemplo. (E1)

Uso o raciocínio, por exemplo, para gerenciar os recursos disponíveis. Para a nossa profissão de enfermeiro, temos que saber gerenciar o material de trabalho. Para quê? Para que ele não falte no futuro. [...] Tens que saber sua indicação e aplicação certa, senão estarás desperdiçando material. O dinheiro público vai para o lixo. (E26)

Uso o raciocínio clínico quando eu sistematizo o meu trabalho. [...] Quando eu chego na unidade e já olho tudo – os exames laboratoriais do dia, os exames de imagem e a gasometria daquele paciente que está em ventilação mecânica – eu já sei, mais ou menos, o que esperar e a lista de prioridades. [...] Todos [os pacientes] estão graves, mas vai ter aquele que estará mais, então, vai precisar de mais horas de cuidado. Temos que ter essa dinâmica. (E28)

Nove (30%) participantes relataram ser difícil racionalizar o uso do raciocínio clínico na prática do enfermeiro, visto que é algo tão intrínseco à profissão. Ainda, afirmaram que se trata de uma habilidade envolta nas atividades desempenhadas no cuidado aos pacientes.

Na verdade, não racionalizamos o tanto que usamos o raciocínio clínico, mas, na verdade, utilizamos com todos os pacientes, [...] em todas as atividades. O uso é constante. Mesmo que não tragamos isso na consciência, estamos usando sempre. (E1)

Todas as atividades envolvem o raciocínio clínico. No entanto, como a rotina é uma coisa muito continuada nem percebemos mais que estamos raciocinando. (E12)

Finalidade do raciocínio clínico no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas

Constatou-se que o foco do raciocínio clínico no processo de trabalho do enfermeiro é o cuidado. Nesse sentido, 14 participantes (46,7%) relataram que a finalidade de seu raciocínio é a qualificação do cuidado ao adulto com doença crônica.

A finalidade é promover o melhor cuidado para o paciente. A gente está aqui em função do paciente, em prol dele. A meta é melhorar o cuidado para ele. (E11)

A finalidade é que ele entre aqui, que a gente consiga dar o melhor, meu e da equipe, para que ele possa receber alta. Muitas vezes, ele não consegue. É uma doença crônica. Tem casos que o paciente interna, infelizmente, para morrer, mas, mesmo assim, o cuidado prestado para esse paciente e para um paciente que tem bom prognóstico e que terá alta é o mesmo. (E22)

Outrossim, 13 participantes (43,3%) referiram como essência do raciocínio clínico o conforto do paciente. De acordo com eles, mesmo que, na maioria das vezes, não seja possível alcançar a cura do indivíduo com doença crônica, é importante mantê-lo o mais saudável e confortável possível, apesar das limitações impostas pela patologia.

Na verdade, o intuito é ajudar no processo da cura. Quando possível, tratar doenças e viabilizar o conforto, mesmo para o paciente que já se encontra em cuidados paliativos. A gente busca deixá-lo sem dor e mudar todos os parâmetros e medidas de higiene que caibam para proporcionar o conforto. (E28)

A finalidade é manter o paciente o mais confortável e saudável possível, mantê-lo o mais apto para fazer as atividades, sejam elas quais forem, dentro da limitação que ele tem. (E15)

Ademais, cinco participantes (16,6%) aludiram como objetivo do seu raciocínio a prevenção de complicações do quadro clínico da pessoa com doença crônica. Segundo os relatos, durante o período de internação hospitalar, é importante não somente prevenir adversidades relacionadas à patologia de base do paciente, mas também aquelas relativas ao cuidado de enfermagem.

A finalidade é tentar prevenir ao máximo uma piora do quadro do paciente, mesmo que não tenha melhora da condição base. (E29)

Acho que a meta seria evitar os danos adversos do cuidado de enfermagem com o paciente e as complicações relacionadas à doença dele, dentro do hospital. Promover a segurança do paciente. (E8)

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., 2016). 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., 2016).

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, Alhani & Salsali, 2015), mostrando que há um perfil profissional bem definido e estabelecido de enfermeiros.

Evidenciou-se que a aplicação do raciocínio clínico no processo de trabalho do enfermeiro ocorre nas atividades assistenciais e gerenciais. No que se refere às atividades assistenciais, destacaram-se as intercorrências clínicas, a avaliação diária do paciente, o primeiro contato com o paciente na internação, o conforto e a segurança do paciente, assim como, a elaboração da evolução de enfermagem. Quanto às atividades gerenciais, ressaltaram-se o gerenciamento de leitos e materiais e organização do trabalho.

Nesse sentido, a literatura revela que a prática do raciocínio clínico, seja em condutas cuidativas ou administrativas, é primordial para uma assistência hospitalar eficaz (Brink et al., 2019; Leal et al., 2018). Estudos realizados no Irã (Mahmoudi, Mohammadi & Ebadi, 2017) e Brasil (Corrêa et al., 2020), que investigaram as dimensões do cuidado de enfermagem, verificaram dados semelhantes ao do presente estudo e constataram que essa habilidade torna-

se ainda mais importante quando se trata da assistência a pacientes hemodinamicamente instáveis ou críticos. Isso se deve ao fato de serem indivíduos que requerem monitoramento constante e, muitas vezes, demandam uma avaliação abrangente, rápida e precisa para a determinação e realização de ações imediatas, voltadas à estabilização do quadro clínico.

Paralelamente, estudos nacional e internacional mostraram que o raciocínio clínico do enfermeiro se aplica, principalmente, nas interações entre profissional e paciente desde o momento da internação até a alta hospitalar. De acordo com os dados, é por meio dessa habilidade que se torna possível pensar/racionalizar de forma holística acerca de cada caso clínico, de modo a vislumbrar o real estado de saúde do indivíduo, antever as possíveis complicações e atuar sobre elas, a fim de garantir o conforto e a segurança do paciente (Leal et al., 2018; Brink et al., 2019).

Além do cuidado aos indivíduos críticos e das interações interpessoais profissional-paciente, estudo de revisão sistemática apontou que o raciocínio clínico pode, ainda, ser posto na construção da evolução de enfermagem. Essa aplicação se dá em virtude de o enfermeiro precisar elaborar uma síntese de todos os dados clínicos coletados e dos cuidados realizados para registrar a assistência prestada no turno ou dia, o que exige sua capacidade de raciocínio para sistematizar os relatos, sinais, sintomas e acontecimentos e estabelecer links e nexos causais entre eles. Esse registro além de exigir o raciocínio do profissional que o constrói, também favorece o raciocínio clínico daquele que o lê (Lima & Lima, 2017).

Para mais, pesquisa realizada no Mato Grosso do Sul revelou que a utilização do raciocínio clínico no gerenciamento em enfermagem é igualmente importante, visto que reflete diretamente no produto da assistência. Destarte, seu emprego na gestão e efetivação dos cuidados, na coordenação dos recursos humanos, no gerenciamento dos recursos materiais, na habilitação da equipe de enfermagem e na avaliação contínua do setor/instituição propicia o aprimoramento da assistência, de modo que se alcance a qualidade, segurança e excelência no cuidado prestado (Araújo et al., 2017; Santos et al., 2014).

Cabe salientar que o presente estudo, também, revelou que nem sempre os profissionais conseguem racionalizar o quanto que utilizam o raciocínio clínico na assistência ou gerência, por ser empregado continuamente. De encontro a esse achado, pesquisa desenvolvida com enfermeiros de uma maternidade em Pelotas evidenciou que muitos participantes compreendem o raciocínio clínico constantemente atrelado ao seu processo de trabalho, no entanto, apresentam dificuldades para elencar atividades/ações que requerem essa habilidade. Parte disso pode ser decorrente da subjetividade envolvida na tomada de decisão enquanto processo dinâmico (Moreda et al., 2019).

No que tange à finalidade do raciocínio clínico do enfermeiro no cuidado ao adulto hospitalizado com doenças crônicas, verificou-se que se destina à qualificação do cuidado ao paciente e à prevenção de complicações do quadro clínico. Estudo constatou resultados semelhantes, à medida que revelou o raciocínio clínico, como parte integrante e indissociável que qualifica o processo de trabalho do enfermeiro, por contribuir na confiança, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, perseverança e reflexão do cuidado, a exemplo, tem-se a prevenção de eventos adversos e danos ao paciente, bem como, se o paciente estiver agitado e desconfortável, o atendimento às necessidades de conforto em relação à hemodinâmica como uma prioridade (Manetti, 2018).

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. Esse, por sua vez, possibilita o direcionamento de estratégias institucionais que favoreçam o processo de raciocínio e tomada de decisões desses profissionais.

5. Considerações Finais

Constatou-se que a percepção do raciocínio clínico de enfermeiros aplicou-se de forma (in)consciente nas atividades assistenciais e gerenciais. Sua finalidade foi autorreferida na qualificação do cuidado, conforto do paciente e prevenção de complicações. Acredita-se que esses achados sejam instrumentos norteadores para o questionamento, análise, síntese, interpretação, inferência, raciocínio indutivo e dedutivo, intuição, aplicação e criatividade para tomada de decisão do enfermeiro nas práticas cuidativas ao paciente adulto hospitalizado com doenças crônicas.

Diante disso, o raciocínio clínico, como parte do processo de trabalho do enfermeiro, reforça a sua autonomia e visibilidade profissional, à medida que utiliza o conhecimento e a sabedoria na prática clínica diária, estabelece relações e interage com os pacientes e equipe multiprofissional. Torna-se possível, assim, nortear diferentes estratégias para seu aprimoramento, como utilização de evidências clínicas, bem como seu próprio conhecimento, experiência e habilidades de pensamento crítico para ações clínicas coerentes que contribuam para otimização do cuidado ao paciente adulto com doenças crônicas em situação de internação hospitalar. Acrescem-se, ainda, como planejamento estratégico os programas de

educação permanente e educação continuada dos serviços de saúde para atualização de enfermeiros/equipes de saúde, bem como para a incorporação dessas no processo laboral. Além disso, espera-se subsidiar trabalhos, artigos e pesquisas futuras desenvolvidas na ciência da Enfermagem.

Referências

Aragão, J. C. S., & Almeida, L. S. (2017). Raciocínio clínico e pensamento crítico: desenvolvimento na educação médica. *R Est Inv Psico y Educ*, 12(1), 12-20. doi: 10.17979/reipe.2017.0.12.2259.

Araújo, M. A. N., Lunardi Filho, W. D., Alvarenga, M. R. M., Oliveira, R. D. & Souza, J. C., Vidmantas, S. (2017). Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. *Rev Enferm UFPE*, 11 (11), 4716-4725. doi:10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201723.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: 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. *Rev Urug Enferm*, 12(1), 1-19. Recuperado de: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/211/205>.

Brasil (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf.

Brink, N. V., 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. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022724.

Carvalho, E. C. D., Oliveira-Kumakura, A. R. D. S. & Morais, S. C. R. V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Rev Bras Enferm*, 70(3), 690-696. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0509.

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. doi: 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201615.

Corrêa, A. S. G., Coutinho, L. S., Jacoud, M. V. L., Carlos, A. R. & Sória, D. A. C (2020). Manifestações clínicas e intervenções de enfermagem na lesão renal aguda em terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9 (8), e146985396. doi: 10.33448/rsd-v9i8.5396.

Delany, C. & Golding, C. (2014). Teaching clinical reasoning by making thinking visible: an action research project with allied health clinical educators. *BMC Med Educ*, 14 (20), 1-10. doi: 10.1186 / 1472-6920-14-20.

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. doi: 10.12957/reuerj.2018.26412.

Félix, T. G. S., Silva, C. R. D. V., Meira, M. L. M., 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. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n3.1115>.

Garcia-Fernandez, F. P., Arrabal-Orpez, M. J., Rodríguez-Torres, M.C., Gila-Selas, C., Carrascosa-García, I. & 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 (19-20), 2814-2821. doi: 10.1111 / jocn.12543.

Leal, L. A., Soares, M. I., 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. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0452.

Lee, J., Lee, Y. J., Bae, J. & Seo, M. (2016). Registered nurses clinical reasoning skills and reasoning process: a think-aloud study. *Nurse Educ Today*, 46, 75-80. doi: 10.1016/j.nedt.2016.08.017.

Lombardi, M. R. & Campos, V. P. (2018). A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Revista ABET*, 17 (1), 28-46. doi: 10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162.

Loss, S. H., Nunes, D. S., Franzosi, O. S., Salazar, G. S., Teixeira, C. & Vieira, S. R. (2017). Doença crítica crônica: estamos salvando ou criando vítimas? *Rev Bras Ter Intensiva*, 29 (1), p. 87-95. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170013>.

Machado, M. H., Aguiar Filho, W., Lacerda, F. L., Oliveira, E., Lemos, W., Wermelinger, M. et al. (2016). Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm Foco*, 7, 9-14. doi: 10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686.

Mahmoudi, H., Mohmmadi, E. & Ebadi, A. (2017). The meaning of emergency care in the iranian nursing profession. *Crit Care Nurs*, 10 (1), 1-7. doi: 10.5812 / ccn.10073.

Manetti, W. (2018). Sound clinical judgment in nursing: a concept analysis. *Nurs Forum*, 1-9. doi: <https://doi.org/10.1111/nuf.12303>.

Menezes, S. S. C., Corrêa, C. G., Silva, R. C. G. & Cruz, D. A. M. L. (2015). Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. *Rev Esc Enferm USP*, 49(6), 1037-1044. doi: 10.1590/S0080-623420150000600021.

Moreda, K. F., et al. (2019). Processo de tomada de decisão no trabalho em uma maternidade: vivências dos enfermeiros. *Rev Enferm Atual In Derme*, 87(1), 1-6. doi: 10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.216.

Quaresma, A., Xavier, D. M., & Cezar-Vaz, M. R. (2019). Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual. *Rev enferm UERJ*, 27, e37862. doi: 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), 2193-2199. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>.

Santos, B. P., Ferreira, G. B., Soares, M. C., & Meincke, S. M. K. (2014). Ensino de enfermagem no Brasil: do advento do sistema Nightingale ao cenário científico. *Hist Enf Rev Eletr*, 5 (2), 310-322. Recuperado de: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num2artigo11.pdf>

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. (2014). *Tratado de enfermagem medico-cirúrgica*, Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Souza, I. C., Silva, A. G., Quirino, A. C. S. 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. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140013>.

Veliz-Rojas, L., & Saavedra, A. B. (2017). Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. *Enf Actual Costa Rica*, 32, 1-11. doi: 10.15517/revenf.v0i32.26989.

Xavier, D. M., Gomes, G. C., Cezar-Vaz, M. R. (2020). Significados atribuídos por familiares acerca do diagnóstico de doença crônica na criança. *Rev Bras Enferm*, 73(2), e20180742. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0742.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Adrieli dos Santos Quaresma – 30%

Daiani Modernel Xavier – 30%

Clarice Alves Bonow – 20%

Marta Regina Cezar-Vaz – 20%