
Análise do raciocínio clínico do graduando em Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Analysis of clinical reasoning of the undergraduate nursing student in the application of the Nursing Care Systematization

Anderson Henrique Pereira¹, Regina Célia dos Santos Diogo¹

¹Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, São Paulo-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Identificar em qual das fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) os graduandos do 7º e 8º semestres apresentam dificuldade em realizar o raciocínio clínico. O raciocínio clínico é imprescindível para atuação do enfermeiro uma vez que a qualidade da assistência depende das habilidades de raciocínio como instrumento para a tomada de decisão. Orienta a coleta de informações para a avaliação de enfermagem, norteia a interpretação das respostas humanas aos problemas de saúde e processos de vida, auxilia na decisão referente às intervenções e contribui para a evolução do indivíduo e avaliação da assistência. **Métodos** – Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa sobre as dificuldades no uso do raciocínio clínico do graduando na aplicação da SAE. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2011, por meio da aplicação de um estudo de caso. **Resultados** – Participaram do estudo 50 graduandos, 84,5% acertaram a fase de intervenções, 68,5% acertaram as características definidoras, 64,5% acertaram os resultados esperados e 50,3% erraram os fatores relacionados. **Conclusão** – O graduando em Enfermagem tem facilidade em utilizar o raciocínio clínico para definir as fases de intervenção e resultado esperado. Apresenta dificuldade em utilizar o raciocínio clínico para definir os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem.

Descritores: Tomada de decisões; Processos de enfermagem; Estudantes de Enfermagem

Abstract

Objective – To identify in which phase of the Nursing Care Systematization (NCS) the undergraduates of the 7th and 8th semesters have difficulty to perform the clinical reasoning. The clinical reasoning is indispensable for nurses' performance, since the quality of care relies upon the skills of reasoning as an instrument for decision making. It guides the collection of information to the assessment of nursing and also guides the interpretation of human answers to health problems and life processes; it helps in the decision regarding the interventions and contributes for the evolution of the individual and of the assessment of care. **Methods** – It is a descriptive-exploratory study of quantitative nature, about the students' problems in the use of the clinical reasoning in the application of NCS. The data collection was made in the period from September to October 2011, through the application of a case study. **Results and Discussion** – Fifty undergraduates participated of the study, 84.5% were right about the phase of interventions, 68.5% were right about the defining characteristics, 64.5% were right about the expected results and 50.3% were wrong about the related factors. **Conclusion** – The nursing student has facility in using the clinical reasoning to define the phases of intervention and expected results, but shows difficulty in using the clinical reasoning to define the factors related to the nursing diagnosis.

Descriptors: Decision making; Nursing process; Students, nursing

Introdução

O raciocínio clínico é um processo de pensamento caracterizado por um continuum de tomada de decisões pensando criticamente e propositalmente para se obter os melhores resultados. O pensamento crítico necessita do estímulo do ato reflexivo, ou seja, o desenvolvimento da capacidade de observação, análise, crítica, autonomia de pensar e de idéias, ampliar os horizontes, buscar interagir com a realidade¹⁻².

O pensamento crítico é similar ao método de resolução de problemas e científico, pois além de se propor a resolver se propõe a prevenir e maximizar o potencial em situações e é similar ao científico por utilizar da observação, classificação de dados, conclusões que obedecem a lógica, condução de experiências e testes de hipóteses².

O pensar criticamente permeia as ações de enfermagem relacionado a tomada de decisões, portanto, pensar criticamente em enfermagem significa romper com a lógica tecnicista com ênfase no saber e no saber fazer, as habilidades e o desempenho do pensamento crítico devem ser

desenvolvidos em um nível profissional, pois as conclusões e decisões a que se chega como enfermeiros afeta a vida das pessoas, em razão a isto o pensamento deve ser guiado por um raciocínio sadio, preciso e disciplinado³⁻⁴.

O raciocínio clínico é imprescindível à atividade do enfermeiro, uma vez que a qualidade da assistência depende substancialmente das habilidades de raciocínio como instrumento para a tomada de decisão, orienta a coleta de informações relevantes para a avaliação de enfermagem, norteia a interpretação das respostas (reações) humanas aos problemas de saúde e processos de vida, auxilia na decisão referente às intervenções que devem ser implementadas e contribui para a evolução do indivíduo e avaliação do planejamento da assistência. Por tanto a utilização do raciocínio clínico direciona o enfermeiro para a avaliação, análise e interpretação. Sendo o raciocínio uma habilidade desejável nos enfermeiros e indispensável em graduandos de Enfermagem³⁻⁴.

O raciocínio clínico está presente em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro: no diagnóstico dos

fenômenos, na escolha das intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos e se desenvolve a partir dos conhecimentos científicos e profissionais, permeado por decisões éticas e valores do enfermeiro^{1,5}.

O processo de enfermagem é um método que viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao cliente, proporcionando cuidados individualizados, qualidade na execução de suas tarefas, identificação dos problemas e decisões a serem tomadas, garantindo ao cliente um tratamento diferenciado. Além disso possibilita o planejamento, a execução e avaliação dos cuidados realizados. Para se aplicar o processo faz-se o uso da sistematização da assistência de enfermagem, que é um instrumento que além de garantir a qualidade dos cuidados confere ao profissional maior autonomia, já que, suas fases estão fundamentadas num modelo teórico e estudos científicos⁴.

O processo de enfermagem é formado por cinco fases, sendo o histórico onde o enfermeiro irá coletar dados na entrevista, exame físico e exames laboratoriais para subsidiar a segunda fase do processo que é levantamento dos diagnósticos. Para a formulação dos diagnósticos de enfermagem são necessárias, identificação de características definidoras que são os sinais e sintomas ou manifestações dos indivíduos, família e comunidade que são descritas como “evidenciado por”, ou “caracterizado por”, fatores relacionados que é a etiologia do problema e podem ser descritos como “anteriores à”, “associados à” e “relacionados à” e a escolha do título do diagnóstico que é um termo ou expressão que deve estar coerente com as características definidoras e fator relacionado^{4,6}.

Com a necessidade de padronizar a linguagem na enfermagem foram criadas classificações de diagnósticos, de resultados esperados e intervenções, respectivamente NANDA (*Norh American Nursing Diagnosis*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*). A padronização da linguagem na enfermagem tem por finalidade proporcionar a comunicação entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar. Possibilita a coleta e a análise de informações que documentem a contribuição de enfermagem ao cuidado do paciente; facilita a avaliação e o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem; acelera o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, possibilita o desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informação clínica e de prontuários eletrônicos do paciente; oferece informações para a formulação de políticas públicas e organizacionais sobre cuidados de saúde e de enfermagem e facilita o ensino da tomada de decisões clínicas aos estudantes de enfermagem⁴.

É evidente, que o raciocínio clínico é um instrumento para os enfermeiros, e que deve ser estimulado nos graduandos de Enfermagem, por estar ligado à aplicação da sistematização da assistência de enfermagem.

Pesquisas revelam que o enfermeiro tem apresentado dificuldades na aplicação da SAE onde envolve raciocínio para levantamento de diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem.

Métodos

Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo-exploratório de natureza quantitativa sobre a dificuldade

do graduando em Enfermagem no uso do raciocínio clínico na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem.

A pesquisa foi desenvolvida em uma universidade particular de ensino superior no bairro da Aclimação em São Paulo-SP.

A população deste estudo foi composta por 50 estudantes do ensino superior do período diurno. A amostra pesquisada foi graduandos de enfermagem do 7º e 8º semestres.

Foram incluídas na pesquisa os graduandos de Enfermagem com idade superior a 19 anos e que estavam cursando o 7º ou 8º semestre diurno, conscientes e orientados no tempo e no espaço. Foram excluídos da pesquisa sujeitos que não contemplaram os critérios de inclusão, ou que não desejaram participar voluntariamente da pesquisa.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paulista, o pesquisador solicitou a participação dos graduandos de Enfermagem do 7º e 8º semestre, que assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam ao formulário conforme instrumento elaborado para a coleta de dados. A aplicação do formulário foi realizada pelo próprio pesquisador e aconteceu na instituição de ensino superior, no intervalos das aulas.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Paulista (UNIP), que é reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), sob o nº do protocolo 252/11 CEP/ICS/UNIP.

Foram pesquisadas informações referentes ao perfil sociodemográfico da amostra e conhecimentos acerca das fases da sistematização da assistência de enfermagem.

Variáveis sociodemográficas: idade, sexo, semestre.

Variáveis biológicas: fator relacionado, característica definidora, resultado esperado, e intervenções de enfermagem.

O instrumento de coleta de dados foi um estudo de caso de Vargas e França⁷ (2007), com oito diagnósticos validados a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias NANDA, NIC, NOC estruturados.

O sujeito da pesquisa após ter analisado o estudo de caso recebeu sete títulos de diagnósticos de enfermagem e assinalou com um X as opções que completavam os diagnósticos de enfermagem quanto a fator relacionado, característica definidora, resultado esperado e intervenções de enfermagem.

As informações obtidas foram armazenadas no software aplicativo Microsoft Excel e analisadas de maneira descritiva, calculando se as frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e com medidas de tendência central para as variáveis quantitativas os dados foram apresentados na forma de tabelas.

Para o desenvolvimento do estudo, foram seguidas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96.

Resultados

Participaram voluntariamente da pesquisa 50 graduandos em Enfermagem do 7º e 8º semestre. A faixa etária variou entre 23 e 52 anos de idade sendo 72% da amostra do sexo feminino.

O instrumento de coleta de dados foi um estudo de caso⁷ contendo diagnósticos validados, a um portador de cirrose hepática, utilizando as terminologias NANDA, NIC, NOC.

Após analisar o estudo de caso, os sujeitos da pesquisa receberam sete títulos de diagnósticos de enfermagem e foram orientados a completar com o fator relacionado e as características definidoras. Além disso, tinham que selecionar as intervenções e os resultados esperados para cada diagnóstico.

Tabela 1. Relação entre NANDA, NIC, NOC para o diagnóstico de enfermagem Volume de líquidos excessivo. São Paulo- SP, 2011

	Acertos		Erros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fator relacionado	20	40	30	60	50	100
Características definidoras	44	88	06	12	50	100
Resultados esperados	34	68	16	32	50	100
Intervenções	45	90	5	10	50	100

A Tabela 1 mostra que houve 90% acertos em intervenções 60% erros em fator relacionado para o diagnóstico de enfermagem Volume de líquidos excessivo.

O diagnóstico de enfermagem Volume de líquidos excessivo é definido como o estado no qual um indivíduo experimenta uma retenção aumentada de líquidos isotônicos. Os fatores relacionados a este diagnóstico são: comprometimento dos mecanismos reguladores, excessiva ingestão de líquidos e excessiva ingestão de sódio. As características definidoras desse diagnóstico são: ganho de peso num curto período; ingesta maior do que o débito; alterações da pressão arterial; alterações da pressão da artéria pulmonar; pressão venosa central aumentada; edema; anasarca; distensão da veia jugular; mudança no padrão respiratório; dispnéia ou respiração curta; ortopnéia; sons respiratórios anormais ruídos adventícios, estertores e crepitações; congestão pulmonar; derrame pleural; hemoglobina e hematócrito diminuídos; eletrólitos alterados; alterações na densidade urinária; som cardíaco B3; reflexo hepatojugular positivo; oligúria; azotemia; mudança no estado mental; agitação; ansiedade.

A NIC estabelece para o diagnóstico de enfermagem Volume de líquidos excessivo 3 intervenções prioritárias (controle de eletrólitos, monitorização de líquidos, controle de hipovolemia) 13 intervenções secundárias (controle de hipocalemia, hipercalemia, hiponatremia, hiponatremia, hipomagnesemia, hipermagnesemia, hipofosfatemia, hiperfosfatemia, inserção endovenosa, regulação da temperatura, monitorização dos sinais vitais, controle de líquidos, terapia endovenosa).

Tabela 2. Relação entre NANDA, NIC, NOC para o diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório ineficaz. São Paulo-SP, 2011

	Acertos		Erros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fator relacionado	26	52	24	48	50	100
Características definidoras	30	60	20	40	50	100
Resultados esperados	41	82	09	18	50	100
Intervenções	49	98	01	02	50	100

A Tabela 2 mostra que para o diagnóstico Padrão respiratório ineficaz que 98% da amostra acertaram as intervenções, 82% acertaram os resultados esperados, 60% acertaram as características definidoras, 52% acertaram o fator relacionado.

O diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório ineficaz tem utilidade clínica limitada, exceto para descrever as situações em que o enfermeiro trata definitivamente, como a hipoventilação. De acordo com a taxonomia da NANDA se define este título de diagnóstico como sendo o estado no qual o indivíduo apresenta um padrão de inspiração e/ou expiração que não produz o enchimento ou esvaziamento pulmonar adequado.

As intervenções de enfermagem para este diagnóstico são:

1. Elevar cabeceira do leito até pelo menos 30°.
2. Mudar de posição a cada 2 horas.
3. Assistir na paracentese ou toracocentese.
4. Registrar a quantidade e a característica do líquido aspirado.
5. Observar sinais de tosse, dispnéia ou frequência de pulso crescente.

Os resultados esperados são: experimentar melhora do estado respiratório; relatar diminuição da falta de ar; relatar aumento de força e bem-estar; exibir expansão torácica plena; exibir gasometria normal; exibir a saturação de oxigênio.

Tabela 3. Relação entre NANDA, NIC, NOC para o diagnóstico de enfermagem Confusão aguda. São Paulo-SP, 2011

	Acertos		Erros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fator relacionado	32	64	18	36	50	100
Características definidoras	40	80	10	20	50	100
Resultados esperados	33	66	17	44	50	100
Intervenções	44	88	6	12	50	100

A Tabela 3 mostra que para o diagnóstico de Confusão aguda 88% da amostra acertaram as intervenções, e 80% acertaram as características definidoras, 66% acertaram os resultados esperados, 64% acertaram o fator relacionado.

A Confusão aguda (CA), fenômeno também denominado por *Delirium*, caracteriza-se por ser uma perturbação do estado da consciência, acompanhada por uma desordem cognitiva ao nível da memória, orientação e linguagem que se desenvolve num curto período de tempo e tende a flutuar no curso do dia. A CA é um sério e significativo problema que ocorre durante a hospitalização dos doentes, com taxas de prevalência e incidência muito significativas na população idosa.

As intervenções de enfermagem para este diagnóstico consiste em: promover a comunicação que contribua para o senso de integridade da pessoa, examinar as atitudes sobre a confusão, proporcionar estímulos sensoriais suficientes e significativos, promover a saúde, não apoiar a confusão, e promover a segurança do paciente.

Tabela 4. Relação entre NANDA, NIC, NOC para o diagnóstico de enfermagem Perfusão gastrointestinal ineficaz. São Paulo-SP, 2011

	Acertos		Erros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fator relacionado	19	38	31	62	50	100
Características definidoras	11	22	39	78	50	100
Resultados esperados	9	18	41	82	50	100
Intervenções	21	42	29	58	50	100

A Tabela 4 mostra que para o diagnóstico Perfusão gastrointestinal ineficaz 82% da amostra erraram os resultados esperados, 78% erraram as características definidoras, 62% erraram o fator relacionado, 58% erraram as intervenções.

De acordo com um estudo realizado com enfermeiros de unidade de terapia intensiva (UTI), o diagnóstico de Perfusão gastrointestinal ineficaz teve 45% de identificação, segundo a taxonomia NANDA define como sendo o estado no qual o indivíduo experimenta, ao nível celular, uma diminuição na nutrição e na oxigenação, devida a um déficit no suprimento sanguíneo capilar.

Tabela 5. Relação entre NANDA, NIC, NOC para o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente. São Paulo-SP, 2011

	Acertos		Erros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fator relacionado	28	56	22	44	50	100
Características definidoras	43	86	07	14	50	100
Resultados esperados	44	88	6	12	50	100
Intervenções	50	100	0	0	50	100

A Tabela 5 mostra que para o diagnóstico Conhecimento deficiente, 100% da amostra acertaram as intervenções, 88% acertaram os resultados esperados, 86% acertaram as características definidoras, 56% acertaram o fator relacionado.

De acordo com um estudo realizado em um hospital do interior de Minas Gerais que teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem emergentes, seguindo a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association, foram identificados 84 diagnósticos, sendo 25 % referente ao conhecimento deficiente, que retrata situações nas quais há ausência ou deficiência de informação cognitiva e identifica comportamentos que dificultem a adesão ou segmento das recomendações terapêuticas.

A definição das intervenções de enfermagem são extraídas a partir do fator relacionado que pode ser ensino do processo da doença, dieta prescrita, procedimento/tratamento.

Tabela 6. Relação entre NANDA, NIC, NOC para o diagnóstico de enfermagem Intolerância à atividade. São Paulo-SP, 2011

	Acertos		Erros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fator relacionado	18	36	32	64	50	100
Características definidoras	28	56	22	44	50	100
Resultados esperados	26	52	24	48	50	100
Intervenções	37	74	13	26	50	100

A Tabela 6 mostra que houve 74% acertos em intervenções, e 64% erros em fator relacionado. A taxonomia NANDA traz como intolerância a atividade como estado em que o indivíduo tem energia psicológica ou fisiológica insuficiente para desempenhar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.

De acordo com um estudo realizado com portadores de cirrose hepática as intervenções de enfermagem que permeiam nesta situação são:

1. Avaliar o nível de tolerância à atividade e o grau de fadiga, letargia e mal-estar.

2. Estimular o repouso quando fatigado ou quando ocorrer dor ou desconforto abdominal.

3. Solicitar avaliação e acompanhamento de um nutricionista a fim de providenciar ingestão compatível com a função hepática.

4. Administrar as vitaminas suplementares (A, complexo B, C e K) conforme prescrição médica.

Quanto aos resultados esperados destacam-se: exibir maior interesse nas atividades relacionadas; relatar mais força e bem estar; relatar a ausência de dor e desconforto abdominal; participar nas atividades e aumentar gradualmente o exercício dentro do esforço físico; planejar atividades para permitir períodos de repouso; tomar vitaminas conforme prescrição médica.

Tabela 7. Relação entre NANDA, NIC, NOC para o diagnóstico de enfermagem Constipação. São Paulo-SP, 2011

	Acertos		Erros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fator relacionado	31	62	19	38	50	100
Características definidoras	44	88	6	12	50	100
Resultados esperados	39	78	11	22	50	100
Intervenções	50	100	0	0	50	100

A Tabela 7 mostra que houve 100% acertos em intervenções, e 38% erros em fator relacionado. Um estudo realizado por enfermeiras do Hospital São Paulo considera a enfermagem importante no tratamento e prevenção da constipação por estar próximo ao paciente.

A constipação intestinal é definida como eliminação intestinal dificultosa, que ocorre a cada 3 a 4 dias, requerendo maior esforço na evacuação.

Dentre as intervenções apontadas neste estudo destaca-se: encorajar a ingestão de líquido suficiente; ensinar a importância da dieta equilibrada rica em fibras; estimular a prática do exercício diário; explicar os riscos de uso de enemas e laxantes.

Tabela 8. Relação total entre NANDA, NIC, NOC. São Paulo-SP, 2011

	Acertos		Erros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fator relacionado	174	49.7	176	50.3	350	100
Características definidoras	240	68.5	110	31.5	350	100
Resultados esperados	226	64.5	124	35.5	350	100
Intervenções	296	84.5	54	15.5	350	100

A Tabela 8 mostra que 84,5% da amostra acertaram as intervenções, 68,5% acertaram as características definidoras, 64,5% acertaram os resultados esperados, 50,3% erraram o fator relacionado.

Conclusão

De acordo com os objetivos propostos, pode-se concluir que o graduando em Enfermagem tem facilidade em utilizar o raciocínio clínico para definir as fases de intervenção e resultado esperado. Apresenta dificuldade em utilizar o raciocínio clínico para definir os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem.

Referências

1. Cerullo JASB, Cruz DALM. Clinical reasoning and critical thinking: [review]. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(1):124-9.
2. Meier MJ, Truppel TC, Crozeta K, Danski MTR, Bertioli SE. Raciocínio clínico: uma tecnologia instrumental para o cuidado de enfermagem [acesso 10 abr 2011]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEEn/Arquivos/N.100.pdf>
3. Chirelli MQ, Mishima SM. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(5):574-84.
4. Chaves LD. Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Ed. Martinari; 2009.
5. Cerullo JASB. "Cuidar de Si, cuidar do Outro": programa de aprimoramento do raciocínio clínico [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2009.
6. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(5):568-72.
7. Vargas RS, França FCV. Processo de enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(3):348-52.

Endereço para correspondência:

Anderson Henrique Pereira
Rua Iluminismo, 22 - Cidade Ademar
São Paulo-SP, CEP 04652-100
Brasil

E- mail: andersonosp@yahoo.com.br

Recebido em 18 de novembro de 2011
Aceito em 12 de março de 2012