



MARCOS ANTONIO NUNES DE ARAUJO

**RACIOCÍNIO CLÍNICO DO ENFERMEIRO: REPERCUSSÕES NA  
QUALIDADE DO CUIDADO E NA SEGURANÇA DO PACIENTE**

RIO GRANDE  
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**RACIOCÍNIO CLÍNICO DO ENFERMEIRO: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DO  
CUIDADO E NA SEGURANÇA DO PACIENTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/ Saúde.

Orientador: Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

RIO GRANDE  
2016

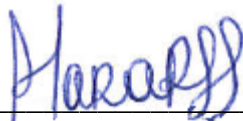
## ANEXO D

Folha de aprovação

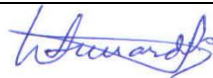
**AUTOR: Marcos Antonio Nunes de Araujo**

**TÍTULO DA TESE:** Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado e na Segurança do Paciente

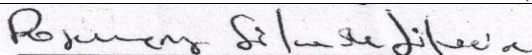
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 22 de dezembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



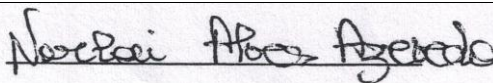
Coordenador: Professora Dra. Mara Regina Santos da Silva  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG



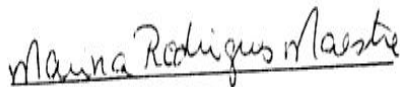
Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho - Presidente (FURG)



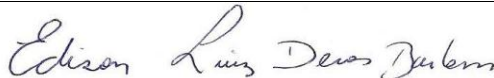
Dra. Dra. Rosemary Silva da Silveira - Membro Interno (FURG)



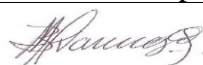
Dra. Norlai Alves de Azevedo - Membro Externo (UFPEL)



Dra. Marina Rodrigues Maestre - Membro Externo (UEMS)



Dr. Edison Luiz Devos Barlen - Suplente Interno (FURG)



Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga - Suplente Externo (UEMS)

A69r Araujo, Marcos Antonio Nunes de.

Raciocínio clínico do enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado e na segurança do paciente / Marcos Antonio Nunes de Araujo. - 2016.

133 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande / RS, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

1. Enfermeiro e paciente 2. Raciocínio. 3. Cuidado 4. Segurança. I. Lunardi Filho, Wilson Danilo. II. Título.

CDD 23.ed. 610.73069

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos os Enfermeiros, Coordenadores, Supervisores e Diretores dos serviços de Enfermagem, especialmente aos dos hospitais do município de Dourados/MS. Sem as valiosas contribuições desses profissionais esta pesquisa não seria possível. Este empreendimento, parte importante do meu doutoramento, deve muito a todos. Muito obrigado.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me mostrar o caminho certo para atingir meus objetivos. Tanto Lhe pedi durante esses anos que hoje só quero agradecer por mais essa conquista, fruto da dedicação ao longo de quatro anos de minha vida.

Aos meus filhos Pedro, Bruna e Antônio pela imensa força que emanaram durante essa trajetória dando-me coragem.

Pelo regulamento do Programa de Capacitação dos Servidores da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), pelo incentivo em proporcionar o afastamento integral com a remuneração. Sem esse apoio dificilmente teria condições de realizar a Pós-Graduação em nível de doutorado.

Minha admiração ao parceiro e orientador Professor Doutor Wilson Danilo Lunardi Filho, pelas orientações sábias e serenas que me proporcionou durante esses anos. Obrigado por compartilhar seus conhecimentos, sua disponibilidade, destreza em suas devolutivas e, principalmente, agradeço por me acolher em um momento tão especial da qualificação. Muito obrigado!

À Professora Doutora Mara Regina Santos da Silva, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FURG), pela sensibilidade e apoio nos momentos difíceis de minha vida. Muito obrigado por poder contar contigo.

À Professora Doutora Marta Regina Cezar-Vaz, por acreditar no meu potencial e oportunizar fazer parte de seu grupo, além de melhorar minha “visão” como pesquisador em nossos encontros profícuos e cheios de diálogos no Grupo de Pesquisa LAMSA (Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde) do qual pude participar.

Ao Vice-diretor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Professor Doutor Edison Luiz Devos Barlem, pela disponibilidade e prontidão com que sempre me atendeu. Muito obrigado.

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENF/FURG) pela excelente qualificação, dedicação e sinceridade voltadas aprendizagens de pesquisas.

Ao Professor Dr. Yzel Rondon Suárez, minha sincera e profunda admiração pelos auxílios que prestou na área de estatística. Sempre solícito, conseguia espaço em sua agenda lotada para me auxiliar com seus conhecimentos. Muito obrigado!

Aos Professores Maria de Fátima Oliveira Mattos Grassi (Fatinha) e Luiz Eduardo Aparecido Grassi pelo companheirismo e apoio sincero nos momentos tão difíceis dessa caminhada.

Aos ilustres membros da Banca Examinadora deste estudo, Professora Rosemary Silva da Silveira, Professora Norlai Alves de Azevedo, Professora Marina Rodrigues Maestre, Professora Márcia Regina Martins Alvarenga e Professor Edison Luiz Devos Barlem pelas contribuições científicas, que além de se colocarem à disposição ofertaram grande apoio para eu atingir mais essa conquista.

Aos amigos e colegas de turma de 2013, Flavia Seles, Liziani Iturriet Avila, Cesar Francisco Silva da Costa, Vânia Dias Cruz, Daniele Ferreira Acosta, Denise Maria Quatrin Lopes, Dilce Rejane Peres Do Carmo, Stella Minasi de Oliveira, Simone Quadros Alvares, Rita Arim Rosales, Simoní Saraiva Bordignon e Caroline Ceolin Zacarias por contribuírem, amenizar e suavizar nossos encontros de produção científica.

E agradeço a todos que estiveram presentes diretamente ou indiretamente em minha pesquisa e não foram nomeados por distração. Vocês estiveram presentes em todas as etapas de produção e síntese desta obra.

E, por último, mas não com menos importante, agradeço muito aos Enfermeiros dos hospitais de Dourados, Estado de Mato Grosso do Sul, inclusive aos Diretores dos Serviços de Enfermagem que viabilizaram e/ou participaram de minha pesquisa, pessoas com as quais tive a oportunidade de socializar diferentes momentos. Sem vocês minha pesquisa não seria possível e meu sonho não seria realizado. Foram meses de encontros entre os sete hospitais junto a alguns profissionais já conhecidos há anos e outros recém-chegados das inúmeras e diferentes regiões do Brasil. Meus sinceros agradecimentos a todos vocês!

“A Clínica, incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las com alguns discursos, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença.”

Michel Foucault  
In: *O nascimento da clínica*, 1977.



## RESUMO

ARAUJO, Marcos Antonio Nunes de. Raciocínio clínico do enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. 2016. 133 fls. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

O raciocínio clínico e a destreza mental do enfermeiro em benefício do ser humano devem estar presentes em todas as etapas da Sistematização da Assistência em Enfermagem como um pensar lógico que norteia a conduta profissional. Assim, este trabalho teve como objetivo desvelar a incorporação e o uso do conhecimento clínico e do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização do trabalho, identificando suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente, com vistas a promover uma cultura de segurança. Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e de corte transversal que possibilitou conhecer e controlar variáveis, mediante representação numérica, com medição objetiva e quantificação de resultados. A coleta realizou-se de janeiro a fevereiro de 2016 e considerou o conjunto de enfermeiros da rede hospitalar do município de Dourados/MS. Fez-se uso de questionário sociodemográfico e do *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI) em sua versão brasileira. A análise dos resultados com médias e Desvios Padrão em relação às dimensões do DTI deu-se mediante aplicação de testes estatísticos justapostos para as variáveis categóricas: Análise de Variância (ANOVA) e o teste de diferenças de médias ( $t$  – Student). Com relação às variáveis sociodemográficas contínuas, aplicou-se o teste de correlação linear de *Pearson*, o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett e o teste de Tukey, permitindo a comparação de média como complemento para o estudo da análise de variância. A amostra considerou 310 profissionais de Enfermagem atuantes no município, dos quais 163 aptos para este estudo, que seguiu todas as normas éticas necessárias. Os resultados estabelecem o seguinte perfil sociodemográfico: os profissionais enfermeiros são em sua maioria mulheres (79,8% do total) com média de idade de 32,7 anos, predominantemente casadas (52,8%), cumprindo carga horária de trabalho que extrapola 40 horas semanais (52,1%), sendo que 20,2% afirmou possuir outro emprego remunerado, enquanto a grande maioria (79,8%) relatou a existência de apenas um vínculo empregatício. A maior dificuldade apontada para o desenvolvimento e emprego do raciocínio clínico foi o “pouco tempo para estudar”, citado por 45,39% da amostra. Conclui-se que o enfermeiro com habilidades de raciocínio clínico competente pode exercer impacto positivo na evolução da saúde e recuperação do paciente, sendo relevantes abordagens de aprendizagem que aumentem a capacidade do profissional e do aluno de Enfermagem em raciocinar clinicamente, visando à sua preparação para uma prática profissional cientificamente orientada e pautada no planejamento, na justificativa científica e na reflexão. O uso do DTI trouxe contribuições para o processo de identificação da prática clínica que busca a promoção de uma cultura de segurança para um cuidado de maior qualidade e com menores riscos ao paciente. Espera-se que a delimitação do perfil sociodemográfico contribua para o aprimoramento das condições de trabalho e processos de formação permanente dos profissionais. Sugere-se que as evidências sejam mais bem sistematizadas futuramente, considerando a maturidade pessoal e a experiência profissional

como forças motrizes para o aprendizado e a permanente formação dos enfermeiros, minimizando a prevalência de preconceitos que desacreditam ações, experiências e saberes tanto dos jovens profissionais quanto dos enfermeiros com maior vivência empírica.

**Descritores:** Raciocínio clínico; segurança do paciente; enfermagem clínica.

## ABSTRACT

ARAÚJO; Marcos Antonio Nunes de. The Clinical Thinking of a Nurse: Repercussions on quality of patient's caring and security. 2016. 133 pgs. Thesis – Doctorate in nursing - - Nursing School. Post Graduate Program. Rio Grande do Sul Federal University. Rio Grande city/RS

It is believed that medical reasoning and mental dexterousness, from the nurse practitioner in benefit of the human being, should be present on every step of the systematization of the nursing assistance, as a logical thinking that guides the professional conduct. Therefore, this work has as an objective unveil the incorporation and use of knowledge and clinical thinking from the nurse at the work accomplishment, identifying your repercussions in the quality of nursing assistance and the patient's security, searching for a security culture. It is based on quantitative, descriptive, cross-section type of research, that made possible knowing and controlling variables through numerical representation, with an objective measuring and results quantification. The harvest was made between January and February 2016, considering the group of nurses from the hospital network of Dourados city/MS. A socialdemographic questionnaire, along with the DTI (Diagnostic Thinking Inventory) were used on a brazilian portuguese version. The analisis of the results, with averages and standard deviations compared to the DTI dimensions, was realized through statistical tests overlapped for the categories: Variance analisis (ANOVA), and the "average differences" test (*t*-student). Related to the continuous social demographic variables, Pearson's linear correlation test, Barlett's homogeneity of variances test and Tukey's test were applied, allowing the average comparison as an addition to the study of variances. The sample considered 310 nursing students actually active in the county, but only 163 of them were necessary for this particular study, which follows all the necessary ethics. The results establish the following social demographic profile: nursing professionals are in majority women (79,8%) with an average age of 32,7 years, mostly married (52,8%), with more than 40 hours of work in a week (52,1%), considering that 20,2% said that they have another job that has been paid. On the other hand, the overwhelming majority (79,8%) said to be working on one job only. The biggest difficulty to the development and employment of the medical reasoning was the "no time to study" argument, quoted by 45,39% of the whole sample. The conclusion is, a nurse with a competent medical reasoning can have a positive impact on health evolution and on patient's recovery, being relevant approaches to learning that enhances both the professional and the student's ability, for them to think clinically, and also to a preparation to a professional practice that is based on planning, scientific justification, and reflection. The use of the DTI brought contributions for the process of clinical practice, searching for a culture of more security for the patient, with less risks, and at the same time waiting for the social demographic profile delimitation to contribute to the enhancement of the working conditions and permanent upgrades (courses/maintenance) to the professionals. It is suggested that the evidences be more systematized, considering personal maturity and professional experience as driving forces to nurses ' learning and permanent formation , minimizing the prevalence of prejudices that discredit actions, experiences, and knowledge, from both the young professionals or nurses with more empirical experience.

**Descriptors:** Clinical thinking; Patient security; Clinical nursing.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Perfil dos profissionais de Enfermagem de Dourados/MS: a variável sexo em relação aos domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).....	60
Tabela 2– Perfil dos profissionais de Enfermagem de Dourados/MS: carga horária de trabalho semanal em relação os domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).....	63
Tabela 3 – Vínculo empregatício e os domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).....	65
Tabela 4 – Titulação dos participantes em relação os domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).....	67
Tabela 5– Perfil dos profissionais de Enfermagem de Dourados/MS: Outra Atividade em relação os domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória). ....	69
Tabela 6– Resumo das categorias de caracterização do perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS.....	70
Tabela 7– Resultados do teste <i>t</i> -Student nos domínios de Flexibilidade de pensamento e Estrutura do conhecimento na memória, em função das variáveis: idade, renda mensal, tempo de profissão e tempo na instituição. ....	73
Tabela 8– Resultado da análise de variância (ANOVA) da flexibilidade em função das variáveis: hospitais, titulação, salário, formação, idade e experiência profissional. ....	74
Tabela 9 – Hospitais do município de Dourados/MS com os respectivos números de leitos, total de Enfermeiros, total de participantes que compuseram a amostra do estudo e número de leitos por Enfermeiro.....	75
Tabela 10 – Resultado do teste de Tukey comparando a estrutura de conhecimento na memória entre os diferentes hospitais. ....	76
Tabela 11 – Resultados do teste de Tukey comparando a estrutura entre os hospitais: apenas os pares com diferença significativa.....	77
Tabela 12 – Resultado da análise de variância (ANOVA) da flexibilidade das faixas salariais: até 5; 6 até 10; 11 até 15; 16 ou mais; Não responderam. ....	78
Tabela 13 – Procedimento em relação aos domínios do DTI. ....	91
Tabela 14 – Teste de Bartlett entre as respostas do DTI e Segurança do paciente na prescrição médica, fisioterapia e administração de medicamentos. ....	93
Tabela 15 – Resultado da análise de variância (ANOVA) da <i>flexibilidade</i> em função da variável <i>paciente menos seguro</i> a respeito da prescrição e administração de medicamentos.....	93

Tabela 16 – Teste de Bartlett entre as respostas do DTI e Segurança do paciente nos cuidados.....	95
Tabela 17 – Resultado da análise de variância (ANOVA) da flexibilidade e da estrutura em função da variável <i>paciente menos seguro a respeito dos cuidados</i> .....	96
Tabela 18 – Orientação de saúde em relação os domínios do DTI. ....	99

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Comparação entre as questões constitutivas do DTI e àquelas com respostas verificadas por Rodrigues (2012) para cada dimensão do questionário. Elaborado pelo pesquisador, 2016.....	49
Quadro 2 – Alternativas relacionadas às facilidades e dificuldades ao desenvolvimento do raciocínio clínico pelo enfermeiro (Elaborado pelo pesquisador, 2015).....	81
Quadro 3 – Recorte do questionário sociodemográfico com enfoque na percepção do enfermeiro quanto à segurança do paciente. Elaborado pelo autor. ....	90

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Teste de Análise de Variância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASSEMS	Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
CLTs	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DTI	<i>Diagnostic Thinking Inventory</i> Inventário de Raciocínio Diagnóstico
EEnf/FURG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande
EUA	Estados Unidos da América
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
HC	Hospital do Coração
HE	Hospital Evangélico
HM	Hospital das Missões
HSR	Hospital de Santa Rita
HU	Hospital Universitário
HV	Hospital da Vida
IBGE	Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i> Classificação Internacional de Segurança do Paciente
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	infecções relacionadas à assistência à saúde
JCAHO	<i>Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations</i>
HCMS	Hospital da CASSEMS
MS	Mato Grosso do Sul
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PPGENF/FURG	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande

## SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>19</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
2.1 Objetivo geral.....	27
2.2 Objetivos específicos .....	27
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>28</b>
3.1 O nascimento da Enfermagem e seus registros.....	28
3.2 Processo de Enfermagem .....	30
3.3 Raciocínio clínico .....	33
3.4 Conhecimento clínico .....	36
3.5 Qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente .....	40
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>47</b>
4.1 Desenho da pesquisa .....	47
4.2 Local da pesquisa .....	49
4.3 Amostra.....	50
4.4 Procedimentos.....	50
4.5 Instrumentos da pesquisa .....	51
4.6 Aspectos éticos.....	53
4.7 Análises estatísticas.....	54
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>56</b>
5.1 Perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS .....	56
5.1.1 Idade .....	57
5.1.2 Sexo .....	58
5.1.3 Estado civil .....	61
5.1.4 Carga horária semanal de trabalho .....	62
5.1.5 Vínculo empregatício .....	64



5.2 Inventário do Raciocínio Diagnóstico (DTI).....	70
5.2.1 Contribuições do Inventário do Raciocínio Diagnóstico na identificação da performance da prática clínica dos enfermeiros de Dourados/MS.....	72
5.3 Facilidades e dificuldades no desenvolvimento do raciocínio clínico por parte dos enfermeiros.....	80
5.4 A promoção de uma cultura de segurança: o cuidado de qualidade e com menores riscos ao paciente.....	89
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>101</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Anexo A – Instrumento para a coleta de dados: versão brasileira do Diagnostic Thinking Inventory (DTI) nomeada “Inventário de Raciocínio Diagnóstico Lidando com o Problema”. .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Anexo B – Parecer nº. 184.2015 do Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Apêndice A – Autorização para realização do teste piloto no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e posterior realização da pesquisa na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
Apêndice B – Autorização para a realização do estudo direcionada à chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital da Vida. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
Apêndice C – Autorização para a realização do estudo à chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
Apêndice D – Autorização para a realização do estudo à chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital Santa Rita de Dourados. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
Apêndice E – Autorização para a realização do estudo à chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital Caixa de Assistência dos Servidores do Estado do Mato Grosso do Sul, unidade de Dourados/MS. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
Apêndice F – Autorização para a realização do estudo à chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário da Grande Dourados. <b>Erro! Indicador não definido.</b>	
Apêndice G – Autorização para a realização do estudo à chefia da Divisão de Enfermagem do Coração de Dourados..... <b>Erro! Indicador não definido.</b>	

- Apêndice H – Autorização para a realização do estudo à chefia da Divisão de Enfermagem do Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança de Dourados .....**Erro! Indicador não definido.**
- Apêndice I – Solicitação de espaço físico em condições necessárias à realização da pesquisa.....**Erro! Indicador não definido.**
- Apêndice J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Erro! Indicador não definido.**
- Apêndice K – Questionário sociodemográfico. .... 135

## **Apresentação**

Na busca por minhas primeiras experiências profissionais como Enfermeiro, recordo que trabalhei em diferentes instituições, tendo a oportunidade de atuar como Gerente de Enfermagem no Hospital de Pimenta Bueno/RO e no Hospital Geral de Vilhena/RO. Também desempenhei a função de Coordenador dos Agentes Comunitários de Saúde em Quilombo/SC e, a partir de junho de 2002, ingressei como docente no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), especificamente na área de Enfermagem em Clínica Médica onde atualmente ministro a disciplina “Saúde do Adulto e Idoso I”.

A seleção do tema “Raciocínio Clínico do Enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado e segurança do paciente” como objeto de pesquisa originou-se destas experiências em diferentes unidades de Clínica Médica, nos diversos hospitais em que trabalhei e, principalmente, a partir das reflexões advindas da preparação das aulas das disciplinas de “Enfermagem em Clínica Médica” e “Saúde do Adulto e Idoso I”, que lecionei ao longo dos últimos 12 anos.

Como inicialmente não havia optado pelo Regime de Tempo Integral na carreira docente (também conhecido como Dedicção Exclusiva), pude trabalhar concomitantemente na universidade e em hospitais. Assim, atuei como Gerente de Enfermagem do Hospital Municipal de Itaporã/MS, bem como fui Gerente e Responsável Técnico da Equipe de Enfermagem do Hospital do Câncer de Dourados/MS, no período de 2003 a 2005. No trabalho mais recente, por mais de quatro anos, fui Gerente de Enfermagem do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King, o maior complexo hospitalar do interior do Estado e referência em urgência e emergência para 36 municípios do sul do Mato Grosso do Sul.

Entre as rotinas deste hospital realizavam-se, mensalmente, Reuniões Ordinárias dos enfermeiros, momentos relevantes tanto para rever os colegas de outros turnos como para verificar o funcionamento do que havíamos acordado, projetando metas de médio e longo prazo nos cuidados aos seres humanos que, então, assistíamos. Entre os cargos ocupados pelos diferentes enfermeiros podem-se citar: Assistentes, Gerentes, Coordenadores e Diretor dos Serviços de Enfermagem.

Após estas reuniões ordinárias, o Diretor dos Serviços de Enfermagem reunia-se com Diretores de outros Serviços e a Superintendência para resolverem o que não estava ao alcance dos diferentes membros hierárquicos da Enfermagem. Nestas

ocasiões, era notável o descontentamento de alguns colegas enfermeiros com relação às mudanças sofridas nas escalas de trabalho, pois, em decorrência disso, não raro havia a exigência para atuarem e serem responsáveis pelo cuidado de pacientes e também pelo gerenciamento de unidades sobre as quais não possuíam o necessário e suficiente domínio técnico e científico. Os motivos geradores deste descontentamento e sentimento de insatisfação eram responsáveis, portanto, pelo comprometimento do raciocínio clínico desses profissionais, especialmente devido à inexperiência e ausência de vivência naquele novo e, até então, desconhecido local.

Assim, foi possível constatar manifestações comuns entre os enfermeiros sobre as dificuldades de implementação do raciocínio clínico frente a pacientes que necessitavam de múltiplos e diversificados cuidados, o que poderia estar comprometendo tanto a qualidade assistencial quanto a segurança dos seres humanos assistidos. Seguindo essa trajetória, este estudo justifica-se devido à importância do tema relatado nas Reuniões Ordinárias de Enfermagem das quais participei e que despertaram o interesse por este contexto que se mostra recorrente em nosso meio de trabalho. Com base na produção científica, dediquei-me com afinco a compreender e desvelar a incorporação do conhecimento clínico e o uso do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização de seu trabalho, bem como identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e na segurança do paciente, com vistas a promover uma cultura de segurança.

Com este intento, a presente tese organiza-se da seguinte maneira: no **Capítulo I** contextualizam-se o tema e o problema de pesquisa, abordando aspectos relativos à saúde e dando ênfase ao uso das diferentes tecnologias (leves, leves-duras e duras)<sup>1</sup>, ressaltando sempre que os laços estabelecidos pela Enfermagem são tão importantes quanto o uso dos equipamentos de última geração; no **Capítulo II**, discriminam-se o objetivo geral e os objetivos específicos deste empreendimento; o referencial teórico é apresentado no **Capítulo III**, enfatizando o nascimento/registros da Enfermagem como campo de conhecimentos/saberes, além de aportes para pautarmos temas como processo de Enfermagem, raciocínio clínico, conhecimento clínico, qualidade do cuidado de

---

<sup>1</sup> Vale ressaltar, nesta construção, os diferentes conceitos de tecnologias em saúde: *tecnologias leves* como tecnologias de relação, do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; *tecnologias leves-duras* como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo etc.; e as denominadas *tecnologias duras* como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estrutura organizacional etc. (MERHY; ONOCKO, 1997).

Enfermagem e segurança do paciente. A utilização do referencial teórico-metodológico é tratada no **Capítulo IV**, com vistas a apresentar o método da pesquisa, o local e os participantes envolvidos na amostra, assim como os critérios de inclusão e exclusão, a descrição das etapas de coleta de dados, o método de análise estatística dos dados e os aspectos éticos relevantes. Nos **Capítulos V e VI** são apresentados, respectivamente, os resultados e a discussão dos dados obtidos neste estudo, além das conclusões finais sobre o tema. Como última parte do trabalho, apresentamos as referências utilizadas, os apêndices e anexos pertinentes.

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente, os diferentes profissionais de saúde atuam fragmentando o atendimento aos pacientes, de acordo com suas profissões e especialidades. Nas Unidades de Pronto Atendimento, Pronto-socorro e de Terapia Intensiva, além de médico plantonista, enfermeiros e técnicos de enfermagem mostra-se cada vez mais comum no quadro das equipes dessas unidades a incorporação de médicos de diferentes especialidades como neurologistas, otorrinolaringologistas, oftalmologistas, cirurgiões (gerais, de cabeça e pescoço, vasculares), ginecologistas, cardiologistas, pneumologistas, ortopedistas, traumatologistas, angiologistas, nefrologistas e endocrinologistas.

Também se verifica a atuação de outros profissionais de nível superior em áreas mais específicas ainda como, por exemplo: bucomaxilofaciais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas, além da complementação pela equipe de profissionais associados e necessários ao manejo de aparelhos e à realização de exames de última geração. Esta organização atual do trabalho em saúde vem ocorrendo num processo acelerado, devido à impossibilidade de reunir em um único profissional essas diferentes especialidades em prol do paciente, para isso, tem se respaldado em conhecimentos científicos e tecnológicos.

Lopes (2009) justifica que com os avanços do conhecimento científico e das tecnologias – sejam elas leves, leves-duras ou duras – há a necessidade dessa fragmentação. Entretanto, em relação às especialidades da saúde, parece não mais estar sendo percebido que o médico clínico é um profissional que pode diagnosticar e estabelecer o tratamento em cerca de 80% dos casos, sem que precise encaminhar os pacientes a quaisquer outros médicos especialistas ou a qualquer um dos demais profissionais da saúde. Além disso, um profissional com conhecimentos de Clínica Médica pode efetuar pré-diagnósticos muito mais criteriosos do que um leigo para estabelecer a especialidade mais adequada a cada situação.

Em relação à realização de exames de última geração e do emprego de aparelhos de alta tecnologia, pode-se destacar que os testes de ressonância nuclear magnética e tomografia permitem a visualização do ser humano internamente, mas não fazem uma hermenêutica das condições socioculturais nem, tampouco, esclarecem sua relação com a família, por exemplo. Além disso, não se pode esquecer que os resultados de tais

exames podem apresentar-se normais, embora o paciente a eles submetido ainda possa estar ou sentir-se doente.

Por isso, engana-se quem acredita que as tecnologias duras constituem o mais importante pilar da atenção à saúde contemporânea. A elas deve ser associada uma visão holística da pessoa, considerando-a como um ser humano integral com suas emoções, suas dores ou seu simples desconforto, permitindo diagnósticos que, por sua natural insensibilidade, as máquinas são incapazes de fazer.

A saúde tem como peças fundamentais os profissionais de nível superior, dentre eles médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, bioquímicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e, mais recentemente, fonoaudiólogos, dentistas, musicoterapeutas, arteterapeutas e o terapeuta ocupacional, além de professores destas profissões na rede pública de ensino e nos hospitais públicos desde os anos de 1990 (PORTO; PORTO, 2013).

O enfermeiro como profissional de Saúde precisa se respaldar no conhecimento científico e em habilidades que lhe permitam contemplar, na visão holística, a integralidade do ser humano na condição de paciente. Além disso, necessita estar ciente de que, quando uma relação pessoal e de confiança é estabelecida entre os profissionais de saúde e o ser humano doente, tal relação interfere favoravelmente em sua recuperação (LOPES, 2009).

Também, contribuindo com os profissionais de nível superior e constituindo a equipe de saúde, estão os profissionais de nível médio, tais como os auxiliares e técnicos de Enfermagem, técnicos em laboratório, técnicos em gesso, auxiliares de dentista, entre outros. Porém, os enfermeiros são os profissionais de saúde de nível universitário que, quando coordenam a equipe de Enfermagem, cuidam e zelam pelo atendimento das necessidades humanas básicas dos seres humanos. Mediante revezamento de seu pessoal, nas vinte e quatro horas do dia permanecem ininterruptamente e por mais tempo com o paciente, intermediando os diferentes fazeres dos diversos profissionais de saúde, no contexto de suas distintas formações e especialidades. Portanto, cuidar integralmente de um ou mais pacientes, reunindo o conhecimento reflexivo e crítico, exige do enfermeiro o uso do raciocínio clínico para identificar e direcionar os atos de cuidado de Enfermagem, de acordo com as necessidades por ele diagnosticadas.

O cuidado em saúde ao ser humano ou aos grupos populacionais requer atitudes de corresponsabilidade entre os distintos atores envolvidos: profissionais de saúde (em

especial os enfermeiros), usuários, familiares e comunidade. Todo tratamento começa com o encontro, o olhar, o ouvir e o tocar. É especialmente no toque e na atitude curiosa em conhecer aquela experiência de viver a doença, ao examinar o corpo que é desconhecido, que o distanciamento entre o profissional e o usuário poderá ser abolido (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2012).

Apesar de não haver consenso em relação à natureza do cuidado de Enfermagem, o reconhecimento da sua utilidade social é geral, no que diz respeito à estreita relação entre o cuidado humano e o trabalho desempenhado nesta área. A literatura é farta em registros da importância essencial do cuidado na sobrevivência das espécies, na promoção da vida e na preservação do planeta. No entanto, numa sociedade fortemente dependente de tecnologias materiais, influenciada pela comunicação global, centrada no consumo, nos valores mercantis e na biomedicina, valores como solidariedade e direito universal a uma vida digna e ao cuidado não vêm sendo priorizados, dificultando a valorização de práticas profissionais como as que caracterizam a Enfermagem (PIRES, 2009).

Embora nos dias de hoje seja considerada uma área do saber útil à sociedade, sobretudo, devido ao desenvolvimento de um conjunto de práticas essenciais à vida, a Enfermagem ainda não obteve o reconhecimento devido enquanto parte de um campo autônomo de saber e de intervenção (AMENDOEIRA, 2009). O processo diagnóstico é um componente importante da *expertise*, em diferentes campos de atuação profissional, o que realça o interesse do estudo na diferenciação da capacidade de diagnóstico, durante a formação deste profissional (PORTO; PORTO, 2013).

Ao concebermos o raciocínio clínico tal qual utilizado na literatura científica para designar os processos mentais envolvidos no atendimento aos usuários dos sistemas de saúde, verifica-se que constitui um artifício de pensamento caracterizado por um *continuum* na tomada de decisões, onde constantemente avalia a si mesmo propositalmente para alcançar os melhores resultados (FOUCAULT, 1977).

Segundo o dicionário Houaiss (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009), *decisão* é o ato ou efeito de decidir, isto é, resolver algo após um julgamento. Beauchamp e Childress (2002) revelam que se um paciente não é capaz de escolher ou recusar um tratamento, então, um hospital, um médico ou um membro da família podem, justificadamente, ser investidos do papel de decisores ou recorrer a um tribunal ou a outra autoridade para buscar a solução das pendências, visando a implantar uma decisão. Carpenito-Moyet (2012) considera que o enfermeiro tem um papel importante



no auxílio a pacientes e família, sobretudo, no que tange à tomada de decisão, visto que os enfermeiros não se beneficiam financeiramente de decisões tomadas em relação aos tratamentos e às transferências, o que os torna profissionais que estão em uma posição ideal para ajudar a decidir.

É evidente que o ser humano a todo instante tem que decidir sobre as diversas situações a respeito de problemas os mais variados, fazendo uso de suas experiências passadas, de seu sistema de valores e crenças, seus conhecimentos técnicos, suas habilidades e, enfim, filosofias que norteiam a forma pela qual se tomam decisões. As pesquisas de tomada de decisão são, portanto, uma combinação de inúmeras ciências do saber como Matemática, Sociologia, Psicologia, Economia e Ciências Políticas, entre outras (BUCHANAN; O'CONNELL, 2006).

No caso dos profissionais da Enfermagem, essas decisões têm o objetivo de realizar a melhor escolha em prol da saúde, por meio das estruturas mentais que visam a diminuir a chance da evolução do desequilíbrio orgânico do ser humano e faz-nos refletir sobre *o que é a saúde e o que é a doença* (CONTIJO; MAIA, 2004). Em relação aos questionamentos: O que é ter saúde? O que é estar doente?, Ferreira et al. (2014) sustentam que estas indagações fazem parte não somente do cotidiano dos profissionais de saúde como também de todas as pessoas, principalmente, quando se deparam com o diagnóstico de alguma doença.

O que é considerado *doença* varia muito. Houve épocas em que a masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição e distúrbios mentais. Já, em outro período, o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania. Percebe-se, pois, que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, *saúde* não representa a mesma coisa para todas as pessoas, variando conforme a época, o lugar, a classe social etc. Dependerá, portanto, de valores individuais e de concepções científicas, religiosas e filosóficas em vigor, de maneira mais ou menos hegemônica. Todos estes questionamentos sobre saúde e doença conformam tentativas de amenizar a exposição aos inúmeros riscos aos que o paciente está exposto, conscientemente ou não; logo, conformam também o sentimento do paciente em estar sendo não somente “invadido” na sua privacidade, mas também na sua intimidade física, mental e emocional (SCLIAR, 2007).

Reis, Martins e Laguardia (2013) reforçam que há como pano de fundo neste cenário os avanços tecnológicos que vêm ocorrendo nas áreas clínicas durante as

últimas seis décadas, principalmente na ampliação do acesso aos serviços de saúde ao longo dos anos e na difusão da informação em saúde nesta era da globalização. Assim, verifica-se que transformações importantes ocorreram no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados de saúde. Atualmente, a redução da morbimortalidade por diversas doenças contrasta com os riscos elevados inerentes a esses sistemas complexos, com demandas ascendentes e investimentos nem sempre suficientes.

Com vistas a estabelecer um ambiente organizacional mais saudável e seguro, reunindo a experiência de prática em Enfermagem com o tempo em que ministrou conteúdos de Enfermagem em “Saúde do Adulto e do Idoso I” – ou seja, buscando pensar e articular a prática profissional à formação de nível superior e à contínua busca por aprimoramento na área de saúde –, tiveram origem os questionamentos que culminaram com a seguinte questão de pesquisa: De que forma a incorporação do conhecimento clínico e o uso do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização do trabalho pode repercutir na qualidade do cuidado e na segurança do paciente? Na tentativa de encontrar respostas a esta pergunta foram estabelecidos os objetivos apresentados a seguir.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Desvelar a incorporação do conhecimento clínico e o uso do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização do trabalho, bem como identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e na segurança do paciente, com vistas a promover uma cultura de segurança.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS;
- Verificar as contribuições do Inventário do Raciocínio Diagnóstico (*Diagnostic Thinking Inventory* ou DTI) na identificação da performance da prática clínica dos enfermeiros de Dourados/MS;
- Identificar as facilidades e dificuldades encontradas para o desenvolvimento do raciocínio clínico pelos enfermeiros e
- Evidenciar elementos necessários à promoção de uma cultura de segurança que contribua para um cuidado de maior qualidade e com menores riscos ao paciente, mediante a incorporação do conhecimento clínico e a utilização do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização do seu trabalho.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 O nascimento da Enfermagem e seus registros**

Desde os primórdios da era cristã, a convicção de que a enfermidade era uma punição de Deus levou povos não civilizados a recorrerem a vigários ou feiticeiros, indivíduos que acumulavam as funções contemporâneas de médico, farmacêutico e enfermeiro. No período feudal, a filosofia religiosa eivada da visão sobre-humana da doença e outros meios de domínio exerceu forte influência nos afazeres da Enfermagem que, naquele tempo e contexto, eram praticados por religiosos envolvidos na assistência como configuração de expiação de seus defeitos e salvação de suas almas. O modelo da prática da Enfermagem era, portanto, de cunho fundamentalmente religioso (BORGES et al., 2000).

Nessa conjuntura histórica mais antiga da assistência aos enfermos, pobres e desassistidos – na qual as práticas de saúde estavam estreitamente atreladas à religiosidade e às ações beneficentes e solidárias – diversas especialidades que temos nos dias de hoje figuravam, quase que essencialmente, em apenas um exercente responsável tanto pelo desempenho de atividades de tratamento e cura quanto de cuidados, entendidas como ajustadas para responder às necessidades próprias de cada época e lugar, de acordo com o saber até então desenvolvido (LUNARDI FILHO, 2004).

Assim, antes de se formalizar como disciplina, a enfermagem era desempenhada por leigos, os quais proporcionavam cuidados aos enfermos. Em determinados contextos os cuidados eram prestados por feiticeiros, escravos, religiosos e, na maioria das vezes, essas atividades estavam vinculadas a indivíduos do sexo feminino. Nesse sentido, a prática em enfermagem era pouco apreciada por ser um trabalho essencialmente de mulheres e exercido por mulheres (TONINI; FLEMING, 2002).

Segundo Pearce (2011), a guerra da Criméia, uma das competições mais sangrentas e mal administradas do século XIX, era aparentemente uma guerra santa. O conflito teve início em uma disputa pela província otomana da Palestina, no ano de 1852. Para La Torre e Lusignani (2013), a guerra foi iniciada pelo Czar da Rússia, Nicolau I, que afirmava defender os cristãos ortodoxos de comunidades que viviam na Europa do Leste (os chamados "Lugares santos"). É evidente que este nobre propósito escondeu a vontade de dominar o Mar Negro e o estreito de Bósforo e Dardanelos para

conquistar a Europa, territórios que faziam parte do Império Otomano. Grã-Bretanha e França contemplaram o interesse comum em sua vontade de preservar a rota de comércio no Mediterrâneo e, por conseguinte, desejavam evitar a expansão da Rússia e preservar o Império Otomano.

A enfermagem profissional no mundo foi arquitetada a partir das estruturas científicas propostas, neste contexto, pela britânica Florence Nightingale, sendo esta influenciada espontaneamente pelos locais onde exercia o cuidado de Enfermagem não profissional. Formalizou-se, portanto, embasada nos conceitos religiosos de beneficência, amor ao próximo, doação, humildade e, também, pelos princípios de valorização do ambiente adequado para o cuidado, classe social do trabalho em Enfermagem e comando sobre o cuidado a ser prestado (PADILHA; MANCIA, 2005).

No “Tratado de Medicina”, ou Charaka Samhita, escrito pelo indiano Charaka entre os séculos IV a.C. e III d.C. , lê-se que: “(...) o médico, as drogas, o enfermeiro e paciente constituem um agregado de quatro”; assim, devemos conhecer as qualidades de cada um na contribuição para a cura. Conhecimento do preparo das drogas e da sua administração, inteligência, dedicação, pureza do corpo e espírito são as quatro qualidades do enfermeiro então elencadas (CHARAKA apud PAIXÃO, 1979, p. 44).

A assistência aos enfermos foi uma das inúmeras formas de caridade seguidas pela Igreja e que é associada à história da Enfermagem, especialmente depois do aparecimento do cristianismo. Os ensinamentos de amor e irmandade converteram não apenas a sociedade, mas também o progresso da Enfermagem como profissão, assinalando, ideologicamente, a prática de cuidar do outro e desenhando comportamentos que atendessem a esses preceitos.

A Enfermagem é um ofício da área da saúde, reconhecido pelas demais profissões na sociedade a partir da metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescentou atributos a um campo de prestações de cuidado à saúde, milenarmente desenvolvidas por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em inúmeros contextos (SANTOS et al., 2014). Gussi e Dytz (2008) salientam que a religião ocupa um espaço distinto na história da Enfermagem brasileira, de modo que, às vezes, a religião passa por anunciante da formulação de um pensamento e contribui na solidificação das atitudes que influenciam a concepção do exercício profissional de Enfermagem.

No Brasil, a nossa referência em Enfermagem origina-se no Estado da Bahia. Aos 13 de dezembro de 1814 nasceu Ana Justina Ferreira, na cidade de Cachoeira, na

então Província da Bahia. Casou-se com Isidoro Antonio Neri, enviuvando aos 30 anos. Seus dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, são convocados a servir à Pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870). O mais jovem, aluno do 6º ano de Medicina, oferece seus serviços médicos em prol dos brasileiros. Ana Neri não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província colocando-se à disposição de sua Pátria.

Em 15 de agosto, Ana Neri parte para os campos de batalha onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos. Após cinco anos retorna ao Brasil, é acolhida com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, posteriormente colocada no Edifício do Paço Municipal. O governo Imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha. Faleceu no Rio de Janeiro a 20 de maio de 1880. A primeira Escola de Enfermagem, fundada no Brasil nos moldes nightingaleanos, recebeu o seu nome, pois Ana Neri, assim como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época, que faziam da mulher prisioneira do lar<sup>2</sup>.

### **3.2 Processo de Enfermagem**

O empirismo nas práticas do cuidado tem sido rebatido desde a década de 1950 e, por este motivo, os profissionais estimulados pelo positivismo, pela lógica do sistema capitalista e pela melhora da ciência buscaram enriquecer a Enfermagem ao iniciar a construção de um conhecimento competente por meio, sobretudo, de preparações teóricas. No Brasil, a ênfase ao emprego da sistematização das ações de Enfermagem mediante a prescrição dos cuidados ocorreu a partir da publicação do livro "Processo de Enfermagem", de Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970 (KLETEMBERG et al., 2010).

Carpenito-Moyet (2012) menciona que as necessidades de saúde da sociedade se transformaram nas últimas décadas, e que o mesmo deve acontecer com o olhar do enfermeiro e dos consumidores de cuidados de saúde concebidos como indivíduo, família e/ou comunidade. Um indivíduo torna-se cliente não apenas por uma alteração real ou potencial em sua saúde, mas também quando diminui o seu padrão de interação

---

<sup>2</sup> Universidade Federal do Amapá. Curso de Bacharelado e Licenciatura Plena em Enfermagem. *História da Enfermagem*. Disponível em: <<http://www2.unifap.br/enfermagem/sobre-o-curso/historia-da-enfermagem/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

e a compromete ou quando deseja um nível mais elevado de saúde e busca serviços específicos.

O cuidado humano tem sido um assunto presente nas discussões a respeito do processo de trabalho em saúde e, mais privativamente, da Enfermagem. Sabe-se que muitas profissões estão pautadas no cuidado, porém a Enfermagem tem sido mais frequentemente associada a esta temática desde o seu surgimento na sociedade. Com o desenvolvimento da ciência, muitas informações foram produzidas pela Enfermagem, tais como o Processo de Enfermagem, que pode ser conceituado como um instrumento empregado para o estabelecimento dos cuidados. É através deste instrumento que o enfermeiro pode compreender melhor os problemas de saúde, planejar e implantar ações avaliando os seus efeitos (SOUZA; SANTOS; MONTEIRO, 2013).

Carvalho e Kusumota (2009) destacam que as variações na prática de Enfermagem estão adjuntas aos pressupostos metodológicos e filosóficos e às posturas éticas e legais que conduzem a profissão, assim como ao conhecimento científico acessível. Nessa conjuntura é que se deve considerar a arte do Processo de Enfermagem.

Por sua vez, Truppel et al. (2009) destacam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) caracteriza-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado ao ser humano com embasamento nas concepções do processo científico, que tem como objetivos distinguir as situações de saúde-doença e as indigências de cuidados de Enfermagem; bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do ser humano, da família e comunidade. Esta metodologia é uma tecnologia exclusiva do processo de trabalho do enfermeiro e possibilita a ampliação de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença do ser humano, ou seja, a SAE viabiliza que se alcancem resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Como ciência, a Enfermagem ainda busca a base dos seus valores profissionais. Para que o enfermeiro tenha realmente que construir sua identificação no campo da assistência e desmistificar conceitos e atitudes como os de submissão à classe médica é necessário, sobretudo, que abdique do uso de interferências à casualidade, quer dizer, que não pautar suas práticas em ações sem planejamento, justificativa científica e reflexão.

Durante o período em que o ser humano se encontra sob a assistência de Enfermagem, todo o processo de organização dos procedimentos e cuidados de enfermagem – que possibilita o planejamento, a prescrição, a execução, o registro e o

controle das ações realizadas pela equipe – dá-se via metodologia de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). No Brasil, a inserção da SAE teve início, com maior evidência, em alguns Serviços de Enfermagem, nas décadas de 1970 e 1980, por influência dos escritos de Wanda de Aguiar Horta. O Processo de Enfermagem é o modelo maior do método científico da profissão e orienta-se pela SAE, sendo que é por meio dele que precisa ocorrer o desenvolvimento e a coordenação do trabalho da equipe em que o enfermeiro é líder (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012; SANTOS et al., 2014).

Segundo Horta (1979), o Processo de Enfermagem é constituído por distintas etapas:

- **Histórico de Enfermagem:** Engloba roteiro sistematizado para permitir realizar o levantamento de dados por meio da entrevista e do exame físico, tornando possível a identificação dos problemas;
- **Diagnóstico de Enfermagem:** Consiste no ato de identificar, a partir dos problemas levantados, as necessidades básicas do ser humano afetadas e a determinação do grau de dependência de cuidados de Enfermagem em natureza e extensão;
- **Plano assistencial:** Determina globalmente a assistência de Enfermagem que o ser humano necessita receber diante dos problemas identificados e dos diagnósticos estabelecidos;
- **Plano de cuidados ou prescrição de Enfermagem:** Decorre do plano assistencial, caracterizando-se pelo percurso diário que coordena a ação da equipe de Enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano;
- **Evolução de Enfermagem:** Caracteriza-se pelo relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano sob assistência profissional, avaliando sua resposta à assistência implementada e
- **Prognóstico de Enfermagem:** Etapa final que consiste na avaliação estimativa da capacidade do ser humano em atender suas necessidades básicas alteradas, após a implementação dos planos assistencial e de cuidados diários e à luz dos dados fornecidos pela evolução de Enfermagem.



Nóbrega e Silva (2009) revelam que os experimentos para organizar o conhecimento sucederam a partir da década de 1950, quando houve um vultoso progresso na construção e no preparo dos modelos conceituais de Enfermagem, então ampliados por distintos caminhos e com o emprego de conceitos comuns que são essenciais à prática profissional, tais como Enfermagem, ser humano, ambiente e saúde.

Estas autoras consideram de suma importância a fase do Diagnóstico de Enfermagem no Processo de Enfermagem, pois este pode também ser considerado um processo de raciocínio diagnóstico em que é necessário um processo intelectual complexo, que exige habilidades cognitivas, experiência e conhecimentos científicos para que o enfermeiro faça julgamentos e interpretações sobre os dados objetivos e subjetivos do paciente.

Esse processo cognitivo tem sido definido por alguns autores como “julgamento clínico”, “raciocínio diagnóstico” ou “raciocínio e/ou julgamento crítico”. Ambos referem-se ao processo de raciocínio diagnóstico, que pode ser entendido como a forma de pensar do enfermeiro diretamente vinculada ao seu fazer e à qualidade do cuidado dispensado. Maria, Quadros e Grassi (2012) afirmam que o trabalho do enfermeiro é conduzido por várias leis, dentre elas a Resolução n.º 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que institui a implantação da sistematização do fazer em todas as unidades de acolhimento de saúde que ministrem assistência de Enfermagem.

### **3.3 Raciocínio clínico**

Estamos vivendo um período em que há especialidades de profissionais da saúde para todos os sistemas e órgãos do corpo. Acompanhando essa evolução temos exames com computadores eletrônicos que auxiliam cada vez mais a encontrar um ou mais diagnósticos. Contudo, a tecnologia mais apurada e leve de carregar, e que contribui sobremaneira no diagnóstico do paciente, ainda é a clínica, mediante o emprego do *raciocínio clínico*.

O *raciocínio* é o ato ou efeito de raciocinar; exercício da razão pelo qual se procura alcançar o entendimento de atos e fatos quando se formulam ideias, elaboram-se juízos, deduz-se algo a partir de uma ou mais premissas. É a atividade mental que, por meio de instrumentos indutivos ou dedutivos, fundamenta o encadeamento lógico de um processo argumentativo (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009).

O atendimento ao paciente inclui a sua história, além da realização de um exame físico, da ordenação de testes de laboratório e procedimentos projetando os cuidados, regimes de tratamento seguros e eficazes e/ou estratégias preventivas que forneçam educação e aconselhamento. Logo, o raciocínio clínico pode ser definido como sendo um pensar através dos vários aspectos de um doente específico para chegar a uma decisão razoável em relação à prevenção, ao diagnóstico, aos cuidados e/ou tratamento de um problema clínico.

Assim, quanto mais efetivo for o diagnóstico mais precocemente ocorrerão ações preventivas e o planejamento do uso de recursos terapêuticos se dará de forma mais eficiente e econômica (MENDES, 2005). Portanto, o raciocínio clínico é uma abordagem analítica estruturada no conhecimento da clínica, que admite reunir e associar dados para montar o diagnóstico mais preciso, considerando o melhor nível terapêutico e de cuidados para pacientes, famílias e comunidades. Em outras palavras, desenvolver o raciocínio clínico permite a necessária acurácia na realização de diagnósticos e, conseqüentemente, leva a tomadas de decisão mais apropriadas quanto às intervenções que precisam ser realizadas.

Desse modo, não é possível diagnosticar com exatidão sem fazer uso do raciocínio clínico e da ciência específica da área. Conseqüentemente, o Diagnóstico de Enfermagem é o resultado do raciocínio clínico de um enfermeiro, assim como o diagnóstico médico é o resultado do raciocínio clínico de um médico (HERDMANN, 2014), residindo neste aspecto a diferença entre eles.

Na obra “Clinical reasoning: instructor resources” (LEVETT-JONES, T. et al.; 2009), os termos *raciocínio clínico*, *juízo clínico*, *solução de problemas*, *tomada de decisão* e *pensamento crítico* são frequentemente descritos como sinônimos. Neste contexto de aprendizagem, pode-se usar “raciocínio clínico” como um termo para descrever o processo pelo qual os enfermeiros (e outros clínicos) coletam evidências para o processo de informação para, com isso, facilitar o entendimento sobre um paciente, intervindo no problema ou situação para planejar, prescrever, implementar, controlar e avaliar os resultados, refletir e aprender com o processo.

O enfermeiro com habilidades de raciocínio clínico competentes exerce um impacto positivo na evolução do paciente; inversamente, aquele enfermeiro com o raciocínio clínico menos eficaz muitas vezes não consegue detectar a iminente deterioração do ser humano que está sendo cuidado por ele. As falhas na avaliação clínica e as

consequentes tomadas de decisão equivocadas são responsáveis por mais da metade dos eventos clínicos adversos (LEVETT-JONES, T. et al.; 2009).

O raciocínio clínico é, portanto, uma habilidade aprendida que requer determinação e empenho na prática, bem como reflexão particularmente em atividades destinadas a melhorar o desempenho profissional. Estas são abordagens de aprendizagem que estão sendo usadas pela Escola de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade de Newcastle, no Reino Unido, para aumentar a capacidade do aluno de raciocinar clinicamente e refletir, visando a sua preparação competente para a prática profissional (LEVETT-JONNES; BOURGEOIS, 2010).

Em meio às dimensões apreciáveis na profissão de enfermeiro – o cenário, os atores e os saberes constituídos e divulgados – destacamos o olhar para o conhecimento produzido. O modo como uma profissão é compartilhada com a sociedade, como os seus profissionais se comunicam entre si ou com outros trabalhadores de sua área ou, ainda, como cada profissional difunde seu conhecimento para expressar a sua prática ou ensinar os seus futuros colegas, tudo passa necessariamente pelo ponto relativo a *como* a ciência da profissão está organizada (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Assim como o raciocínio clínico, o *pensamento crítico* é um elemento fundamental do processo de trabalho da Enfermagem no estabelecimento dos diagnósticos e na solução de problemas, carecendo ser orientado por modelos, políticas e códigos de ética, além de envolver a dialética, a intuição e a criatividade essenciais aos profissionais que se instrumentam com conhecimento específico e experiência clínica (CROSSETTI et al., 2014). Por sua vez, o processo diagnóstico é um componente importante da *expertise* em diferentes campos de atuação profissional, o que realça o interesse do estudo da diferenciação da capacidade de diagnóstico dos sujeitos durante a formação profissional.

A medida direta do processo diagnóstico clínico é bastante complexa e demorada, o que dificulta julgamentos (PORTO; PORTO, 2013). Desse modo, aprender a raciocinar clinicamente é uma das etapas mais complexas, em termos cognitivos, e um dos temas mais diretamente envolvidos na tomada de decisão clínica (LIRA; LOPES, 2011). O raciocínio clínico é utilizado na literatura científica para mencionar os procedimentos mentais abarcados no atendimento aos usuários dos sistemas de saúde (CERULLO; CRUZ, 2010). Configura-se, então, como um processo de pensamento caracterizado por um *continuum* de tomada de decisões acompanhadas de reflexões

empreendidas criticamente com a finalidade de alcançar os melhores resultados (PEREIRA; DIOGO, 2012).

Desse modo percebe-se que o raciocínio clínico é imprescindível à atividade do enfermeiro, uma vez que a qualidade da assistência depende substancialmente das suas habilidades de entendimento. Além disso, o raciocínio clínico é um instrumento imprescindível para converter o objeto e atingir a finalidade do seu processo de trabalho; ressalta-se, pois, que o raciocínio clínico é entendido neste estudo como tecnologia instrumental para o cuidado. Em suma, é por meio dele que se orienta a coleta de informações relevantes para a avaliação de Enfermagem, norteando a interpretação das respostas humanas (reações) aos problemas de saúde e processos de vida, o que auxilia a tomada de decisão referente às intervenções que devem ser implementadas e contribui tanto para a evolução do indivíduo quanto na avaliação do planejamento da assistência (MEIER, 2009).

Por sua vez, a elucidação da linguagem é o modo mais efetivo de deliberar a essência de um conceito e solucionar problemas relevantes de pesquisa como, por exemplo, especificar a estrutura lógica de uma dada expressão, diferenciar significados de termos em comum, explicitações centrais para reduzir limitações, ambiguidades e inconsistências do uso ordinário para propor uma reinterpretação etc., tudo visando a aumentar a clareza e a precisão dos significados pertinentes às práticas em Enfermagem.

A compreensão da realidade não é atingível apenas pela identificação dos fatos, sendo essencial a mediação entre eles; assim como os contextos onde são produzidos e os atores que os produzem para, desta forma, atingir uma “outra” realidade mais profunda, que emerge desse processo de mediação do qual resulta a clarificação dos processos que conduziram a Enfermagem ao estado atual. Portanto, o raciocínio clínico mostra-se cada vez mais necessário ao exercício profissional do enfermeiro, uma vez que a condição da assistência está atrelada, substancialmente, às habilidades de raciocínio como instrumento para a tomada de decisão (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

### **3.4 Conhecimento clínico**

O termo *clínica* está conceituado como o local onde se realizam tratamentos especializados, não necessariamente médicos (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2009). Foucault (1977), em sua obra “O Nascimento da Clínica”, revela que a clínica –

incessantemente invocada por seu empirismo e modéstia de sua atenção, além do cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar sem perturbá-las com algum discurso – deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização, em profundidade, não só dos conhecimentos médicos como da própria possibilidade de um discurso da doença. A palavra *clínica* sugere o termo *Kline* que, em grego, quer dizer leito. Assim, o clínico, em sua origem, é justamente aquele que se debruça sobre o leito do ser humano para observá-lo; e a Clínica Médica é a primeira a constituir-se, pois se funda como uma clínica do olhar.

Ainda, a medicina como ciência clínica apareceu sob as condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade, em outras palavras, que formam o seu *a priori* concreto que, na atualidade, é possível desvelar talvez porque esteja nascendo uma nova experiência da doença, o que oferece a possibilidade de uma retomada histórica e crítica daquela concepção anterior que é rejeitada no tempo.

O aparecimento da clínica como fato histórico deve ser identificado com o sistema destas reorganizações. Esta nova estrutura se revela, mas, certamente, não se esgota na mudança decisiva que substituiu a pergunta: “O que é que você tem?”. De acordo com Foucault (1977), a clínica é o tempo positivo do saber e, por isso, não se deve e nem é preciso inventá-la, mas redescobri-la.

O enfermeiro, quando profissionalmente bem preparado, detém conhecimentos científicos e técnicos sobre o cuidado do ser humano. Para tanto, também precisa fazer uso da clínica, que é a ferramenta para estabelecer os diagnósticos de Enfermagem, fase de alicerce do processo de Enfermagem e que exige um raciocínio clínico consolidado devido ao grande fluxo que vivencia durante sua jornada de trabalho, em meio a pacientes com diferentes distúrbios de saúde.

Tal realidade é visível nas unidades de Pronto atendimento, Pronto-socorro e Terapia intensiva onde o enfermeiro muitas vezes cuida de pacientes que exigem receber atendimento de diversos profissionais das mais variadas formações e especialidades. Em decorrência de sua *expertise*, o enfermeiro precisará transitar entre os diversos profissionais de saúde em benefício do restabelecimento do equilíbrio da saúde das pessoas com necessidades humanas básicas fragilizadas e que precisam ser protegidas, o que deve ser feito pelo emprego do seu raciocínio clínico.

Este conhecimento e seu raciocínio clínico são demandados sempre que os diferentes profissionais solicitam exames e preparo do paciente para realizar os

procedimentos, momento em que o enfermeiro precisa agir com vistas à maior qualidade e segurança do cuidado ao paciente. Além disso, quanto mais precisos forem o raciocínio clínico e os diagnósticos de Enfermagem mais precoces serão as possibilidades de prevenção e terapêutica, o que contribuirá para a qualidade e segurança da assistência e menor tempo de permanência intrahospitalar (SILVA, 2011).

Na pesquisa “A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa”, Sousa et al. (2011) identificaram que a clínica, na concepção de campo de conhecimentos para a produção de saúde e cuidado, não foi abordada como temática central em nenhum dos dezesseis artigos analisados, embora tenha se apresentado aparentemente como objeto secundário na produção das publicações nacionais de Enfermagem. Tais resultados são corroborados por Pereira e Diogo (2012), que indicam que, apesar da diversidade e dessemelhanças das temáticas encontradas nas publicações brasileiras, existe a predominância de uma concepção em que se associa o conhecimento científico à prática clínica apontando, de maneira intrínseca, a valorização da clínica para o trabalho do enfermeiro.

Portanto, o enfermeiro pode e precisa ter habilidade para se apoiar no principal tripé para chegar ao diagnóstico clínico, que é formado pela *anamnese*, *exame físico* e *exames de laboratório e de imagens*, sempre fazendo uso dos processos mentais cuja base principal ainda é o raciocínio clínico. O enfermeiro com sentidos clínicos apurados e sensibilizados estará mais bem instrumentalizado para contribuir na melhoria da saúde do paciente e, conseqüentemente, proporcionará um cuidado com maior qualidade e segurança.

Dentro do Processo de Enfermagem, o **raciocínio clínico** reforça os laços entre o enfermeiro e o paciente, media a formulação de hipóteses de diagnóstico e direciona as tomadas de decisão. O enfermeiro usará o encontro clínico como chance de grande valia para a construção do raciocínio clínico: se o paciente chegou caminhando ou com o uso de cadeira de rodas ou maca; se demonstrou estar calmo, consciente, lúcido, orientado, expressão de dor, roupas apropriadas, integridade higiênica, emotivo, tranquilo, encurvado, caquético, obeso, edemaciado, dispneico, com acuidade visual alterada entre outros dados que contribuirão para o raciocínio clínico e o “fechamento” da terapêutica de Enfermagem.

No Processo de Enfermagem o *diagnóstico* é a segunda fase e através dele se solidifica a interpretação clínica de informações colhidas dos pacientes, tendo por base confirmações científicas. Esta etapa do processo é essencial no estabelecimento dos

cuidados de Enfermagem, pois uma vez estabelecido o diagnóstico de Enfermagem inicia-se a terapêutica mais adequada para diminuir os possíveis riscos ao ser humano que “solicita” uma assistência de qualidade e segura frente ao profissional enfermeiro que, ao tomar as decisões, precisa estar respaldado em seus conhecimentos técnicos e científicos.

Numa pesquisa sobre conhecimento clínico realizada em Cingapura por Majid et al. (2011) e intitulada “*Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses’ perceptions, knowledge and barriers*”, com 70,8% dos questionários respondidos, o que corresponde a 1.486 participantes de dois hospitais de Cingapura, foi possível observar que as três principais dificuldades para os enfermeiros se manterem atualizados quanto aos estudos sobre conhecimento clínico/prática baseada em evidência foram: falta de tempo, incapacidade de compreender termos estatísticos e entendimento inadequado do jargão usado em artigos de pesquisa.

Nos Estados Unidos, o enfermeiro com conhecimento clínico diferenciado tem o potencial de desempenhar um grande e importante papel na garantia da entrega de serviços de saúde de alta qualidade para os cidadãos, embora tenha enfrentado inúmeras batalhas para obter o reconhecimento profissional de domínio da área e retorno financeiro, considerando o seu investimento. O valor e o potencial de enfermeiros especialistas nem sempre é compreendido pela indústria de cuidados de saúde, que ainda assim lhes atribui variadas atividades como: provedor licenciado independente, *expert* em clínica e enfermeiro educador.

Há, ainda, áreas da saúde que limitam o conhecimento do enfermeiro a uma única função, ou seja, considerando-o um mero técnico. Por outro lado, outras áreas exploram o potencial máximo do profissional enfermeiro, que pode emergir como perito clínico que, enquanto especialista em clínicas profissionais em diferentes domínios – incluindo os níveis de atenção primário, secundário e terciário do sistema de saúde – contribui para a melhoria da qualidade da saúde pela implementação de práticas baseadas em evidências no âmbito profissional (GORDON; LORILLA; LEHMAN, 2012).

Enfermeiros experientes e com conhecimento consolidado estão em posição para dar a mais alta qualidade de atendimento. O mesmo paciente avaliado por uma enfermeira experiente e outra inexperiente proporcionará respostas com mudanças sutis, devido às bases diferentes que servem como uma advertência para questões importantes

e subjacentes, observadas por cada profissional. Os anos de experiência em enfermagem evidenciam-se como fatores importantes para a qualidade do serviço.

Assim, várias experiências de observação de sinais e reconhecimento de padrões relacionados ao estado do paciente em condições específicas têm elevado os níveis de desempenho clínico (BURRITT; STECKEL, 2009). A tendência recente de implantar “equipes de resposta” para fornecer recursos e conhecimentos em apoio ao enfermeiro de cabeceira mostra-se como medida organizativa comum para apoiar diferentes níveis de experiência pessoal. Equipes de resposta têm servido, assim, para reforçar a confiança clínica por parte dos enfermeiros menos experientes e ensinar a eles como interpretar os sinais sutis de deterioração precoce. Em resumo, o nível de conforto e proficiência de habilidades de enfermagem clínica se desenvolve ao longo de uma trajetória profissional (HILL, K. et al., 2010).

### **3.5 Qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente**

Houaiss, Villar e Franco (2009) defendem que *qualidade* é a propriedade que determina a essência ou a natureza de um ser ou uma coisa, ou seja, característica superior ou atributo distintivo positivo que faz alguém ou algo sobressair-se em relação a outros. O termo “qualidade”, contudo, vai além de ser um conceito e configura-se também imerso em ideologia, isto é, em um sistema de ideias dogmaticamente organizado como instrumento de luta político-social e que reivindica a produção de bens e serviços voltados exclusivamente para o atendimento das necessidades do bem-estar humano e sua luta pela sobrevivência na Terra (ARAÚJO; SOUZA, 2011).

As instituições de saúde devem ter como meta a recepção das necessidades e probabilidades de seus clientes. Por isso, é muito importante que as atividades desenvolvidas por essas instituições estejam fundamentadas em pressupostos filosóficos e metodológicos claros e apropriados para garantir um elevado modelo de qualidade. A qualidade é o fator diante do qual todos os atores envolvidos nas questões da saúde mostrar-se-ão inquietos e intimamente vinculados, tendo em vista os aperfeiçoamentos invariáveis das práticas que buscam a satisfação daqueles que dependem desses serviços (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

No mundo globalizado, onde o conhecimento, a tecnologia e a informação estão ao alcance de muitos, o profissional de enfermagem tem mais esse motivo que contribui para aperfeiçoar seus processos de trabalho na garantia de poder prestar cuidados com



maior qualidade e segurança. A avaliação da qualidade do cuidado de Enfermagem através de precursores pode ser utilizada no sentido de reforçar os anseios dos profissionais da saúde em aprimorar a assistência, ao mesmo tempo em que funciona como forma para entender e refletir sobre a qualidade mesma do cuidado ofertado (VITURI; MATSUDA, 2009).

Padilha e Matsuda (2011) destacam que é possível averiguar que, na área da saúde, há uma imensa busca pela qualidade, e isso tem alcançado apoio e mudanças significativas no Sistema Único de Saúde (SUS) e nos modelos de gestão das instituições. Por sua vez, as modificações demográficas, sociais e econômicas que a sociedade brasileira vivencia atualmente têm impactado as categorias de vida e saúde da população e, conseqüentemente, contribuem com novas ações para o sistema e serviços de saúde do país, influenciando a adaptação a novos perfis de necessidades (VIEIRA; CALDANA; CORRADI-WEBSTER, 2013).

O enfermeiro geralmente é o profissional que coordena e gerencia todo o procedimento de assistência a ser desenvolvido, não só em relação ao paciente, mas a tudo que o abrange na instituição hospitalar. O ser humano e suas especificidades, suas obrigações, sua alta ou recuperação compõem a razão central da assistência de Enfermagem que, deste modo, precisa ser realizada habilmente, com comprometimento de quem a desenvolve para garantir tanto a qualidade quanto a segurança do cuidado prestado e, principalmente, a satisfação do cliente e de seus familiares.

Com as transformações na prestação de serviços e no modelo de comportamento da sociedade o cidadão cada vez mais tem passado a exigir qualidade ao consumir estes serviços e seus produtos, deixando de agir de forma passiva e condescendente (BARBOSA; MELO, 2008). Assim, mostra-se imprescindível que o enfermeiro se instrumentalize com indicadores que avaliem a estrutura, o processo e os efeitos de suas ações numa tentativa de procurar um olhar mais amplo para a qualidade da assistência prestada (VIEIRA; CALDANA; CORRADI-WEBSTER, 2013).

A administração do cuidado de Enfermagem movimenta os atos nas relações, interações e associações entre as pessoas como seres humanos complexos e que experimentam a organicidade do sistema de cuidado também complexo e constituída por equipes de Enfermagem e de saúde com competências/aptidões/potências gerenciais próprias ou inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros. Assim, a gerência do cuidado produz resultados por parte do enfermeiro, implicando diretamente na qualidade do amparo e na excelência oferecidas aos seres humanos assistidos que, por

sua vez, vivenciam a organização do sistema assistencial múltiplo formado pelo quadro de Enfermagem e saúde. Neste complexo, o enfermeiro age na efetivação do cuidado, na gerência de recursos humanos e materiais, no comando, planejamento da assistência e habilitação da equipe de Enfermagem, além da coordenação da realização do cuidado e avaliação das ações de Enfermagem (SANTOS et al., 2014).

A segurança do paciente não é, tampouco, uma problemática individual nem de uma categoria profissional, mas sim fruto de um processo que envolve a transformação institucional. A importância de se debater sobre a segurança do paciente e instituir cuidados mais seguros e que não causem danos, no sentido de estabelecer uma cultura de segurança nas instituições de saúde e proporcionar uma assistência de qualidade, mostram-se inquestionáveis (TIMM; RODRIGUES, 2016). Na última década, a segurança do paciente tornou-se uma preocupação constante para o setor da saúde em todas as suas dimensões, motivo pelo qual o tema é atualmente debatido intensamente, devido às evidências do impacto dos erros e dos eventos adversos nos sistemas de saúde (LOURENÇÃO; TRONCHIN, 2016).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2011) destaca que a inquietação com a segurança do paciente é milenar e a ilustra quando Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa “primeiro não cause o dano”. Isto é, o “pai” da Medicina tinha a noção, desde aquela época, de que é possível causar dano ao longo dos processos de quando se presta o cuidado.

Conforme Agência Nacional de Vigilância Nacional (ANVISA), a *segurança* do doente é a redução do risco de danos dispensáveis e incluídos com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável. Dano “mínimo aceitável” refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, considera os recursos disponíveis e o contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. Por sua vez, *dano* associado ao Cuidado de Saúde é aquele resultante ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde e não necessariamente em função de uma doença ou lesão subjacente (ANVISA, 2011).

São crescentes as ações para a ascensão da segurança e da qualidade no cuidado à saúde na esfera mundial, com envolvimento do alto comando das instituições até os seus colaboradores. Como implicação, a meta de qualidade nos diversos benefícios oferecidos à sociedade ocasiona a otimização dos efeitos esperados. Tais preocupações tiveram início há mais de dez anos, após a publicação do relatório “To Err is Human:

building a safer healthcare system” (Errar é humano: Construindo um sistema de Saúde mais Seguro) pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA). Segundo este relatório, que avaliou prontuários de 30.121 internações, severos prejuízos iatrogênicos haviam ocorrido em 3,7% dos internamentos (6,5% dos quais provocaram disfunções permanentes e 13,6% envolvendo morte de pacientes) (OLIVEIRA et al., 2014).

Belela, Peterlini e Pedreira (2010), no estudo “Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos”, ao computarem 71 fichas encontraram a notificação de 110 erros de medicação, entre eles, os relativos à prescrição, omissão, dispensação e administração, administração não autorizada, medicamento deteriorado, dose, monitorização da não aderência do paciente e outros.

Os erros de medicação são um fenômeno global. A cada ano, em toda a Austrália, há a ocorrência de até 96.000 erros de medicação evitáveis e, nos Estados Unidos, em torno de 450.000 erros de medicação evitáveis. No que interessa à segurança do paciente, os enfermeiros precisam entender não apenas o impacto das interrupções relativas à medicação, mas serem dotados também de conhecimentos e habilidades indispensáveis para ampliar técnicas de gestão de interrupção (HEYES et al., 2015).

Aiken et al. (2012), que realizaram estudos em 488 hospitais na Europa e 617 nos Estados Unidos, identificaram em todos os países envolvidos enfermeiros que apresentavam déficits no cuidado e um nível elevado de síndrome de *burnout*. Além de estarem insatisfeitos com o trabalho, verificou-se também a intenção em deixar a profissão. Na Grécia, além da insatisfação e da intenção de sair da profissão, quase a metade dos participantes dão uma nota baixa ou referem falta de segurança às suas próprias ações.

Neste estudo, os pesquisadores encontraram que a falta de qualidade na assistência hospitalar foi um item comum entre os diferentes hospitais em que trabalham os participantes da pesquisa. Como solução apontou-se que, mediante investimentos de baixo custo, é possível melhorar a segurança e a qualidade no cuidado à saúde e, conseqüentemente, a satisfação do cliente.

A segurança do paciente é um elemento essencial da qualidade da assistência de saúde. Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar há um reconhecimento ascendente da cultura de segurança do paciente (PAESE; SASSO, 2013). Perez et al. (2014) mencionam que, à medida em que

crecemos tecnologicamente, aumentam proporcionalmente as cobranças de segurança na utilização de equipamentos nos ambientes hospitalares. Kuwabara, Évora e Oliveira (2010) referenciam que as recentes tecnologias são, atualmente, as grandes preocupações da gestão hospitalar.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária considera que em torno de 50% dos avanços terapêuticos disponíveis não existia há dez anos. Com a contínua incorporação de tecnologias na saúde, o gerenciamento de risco hospitalar deve ser implantado para sistematizar o monitoramento de eventos adversos, destacando ações para o controle e eliminação de seus agravos. Como parte dessas ações, a tecnovigilância atua nos procedimentos para aquisição, utilização e gerenciamento da qualidade de artigos e aparelhamentos na saúde (ANVISA, 2011).

Reconhecendo a magnitude do problema da segurança do paciente, em âmbito global, a OMS estabeleceu, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*). O propósito dessa iniciativa foi definir e identificar prioridades na área da segurança do paciente em diversas partes do mundo, contribuindo para uma agenda mundial para a pesquisa no campo. O *Patient Safety Program*, composto por diversos países, busca definir questões prioritárias para a pesquisa na área de segurança do paciente que sejam de alta relevância para países em todos os níveis de desenvolvimento (WHO, 2008).

Em novembro de 2005, na cidade de Concepción, no Chile, foi criada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente a partir de reuniões promovidas pelo Programa de Enfermagem da Unidade dos Recursos Humanos para a Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Nessas reuniões foram analisadas as tendências e prioridades no desenvolvimento das práticas de enfermagem nas áreas de Enfermagem e Segurança do Paciente.

Nettina (2007) considera que a segurança do paciente tomou a frente nos serviços de assistência à saúde como resultado do relatório do IOM/EUA, publicado em 2000. Ao estudar as causas dos erros cometidos no serviço identificou-se o sistema de saúde atual como complexo e propenso ao erro. O IOM fez recomendações para a melhoria dos sistemas e processos, de modo a aumentar a segurança do paciente nas instituições de saúde. A *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) possui muitos de seus padrões concentrados e comprometidos com a melhoria da segurança de pacientes nas instituições de assistência médica. O mesmo grupo apresentou padrões para analisar processos de alto risco, empregando um procedimento

de *Failure Mode and Effects Analysis* (Análise de Causa/Efeito) para alterar processos conforme necessário, visando a melhorar a segurança.

Sousa e Marques (2011) salientam que na segurança do paciente em relação com a instituição podemos referir-nos tanto à maneira como se organiza o trabalho quanto aos recursos humanos e materiais de que dispomos. Em algumas instituições, frequentemente os trabalhadores se veem na contingência de ter que atuar com recursos materiais em condições inadequadas de funcionamento, de qualidade questionável e insuficiente, expondo e comprometendo tanto a biossegurança dos pacientes quanto deles próprios.

Lucena et al. (2011) frisam que os chamados Desafios Globais para a Segurança do Paciente, previstos na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, orientam a identificação de ações que ajudam a evitar riscos para os seres humanos e, ao mesmo tempo, norteiam os países que têm interesse em implantá-las. O primeiro desafio global, no biênio 2005-2006, focou-se nas infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), com o tema “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura” e com o propósito de promover a higiene das mãos como método sensível e efetivo para a prevenção das infecções. No Brasil, a OPAS e a OMS vêm trabalhando este tema em parceria com a ANVISA e envolvendo ações de promoção e prevenção de infecção em serviços de saúde desde 2007, após a assinatura da Declaração de Compromisso na Luta contra as IRAS pelo Ministro da Saúde.

A ANVISA (2013) socializa que o erro é definido, segundo a *International Classification for Patient Safety* (ICPS), ou Classificação Internacional de Segurança do Paciente, como uma falha ao executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer, portanto, por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar ao fazer a coisa certa (erro de omissão), seja na fase de planejamento ou na fase de execução. *Erros* são, por definição, não intencionais, enquanto que *violações* são atos intencionais, embora raramente maliciosas, podendo se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. A título de ilustração, um exemplo de violação é a não adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde.

Considerando a relevância da segurança do paciente em serviços de saúde, conforme definido na agenda política dos Estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na resolução aprovada durante a 57ª Assembléia Mundial, o Governo Federal, através da portaria n. 529, de 1 de abril de 2013, instituiu o *Programa Nacional de Segurança do Paciente*, que normatiza a gestão de riscos voltada para a qualidade e

segurança do paciente, englobando princípios e diretrizes como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais dos serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, inclusão, responsabilização e sensibilização, além da capacidade de reagir a mudanças (BRASIL, 2013).

Entre as competências esperadas, segundo o Ministério da Saúde e de acordo com o Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), está a validação de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente, em diferentes áreas, diretamente relacionadas com as ações de enfermagem, tais como infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013). A partir dos pressupostos que se buscou delinear e problematizar até o momento passa-se, agora, ao percurso metodológico desta pesquisa quantitativa.

## 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e analítico de corte transversal, cuja realização possibilitou conhecer e controlar variáveis, preocupando-se com a representação numérica, a medição objetiva e a quantificação de resultados.

### 4.1 Desenho da pesquisa

Sobral (2001) relata que Bordage, Grant e Marsden (1990) desenvolveram uma ferramenta para verificar o raciocínio e o diagnóstico clínicos por meio de respostas obtidas entre 15-20 minutos e calcularam, assim, a possibilidade de sua utilização no processo educativo. Os pesquisadores indicaram ainda que o *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI ou Inventário de Raciocínio Diagnóstico) media duas categorias de processo ou domínio, alicerçado em inúmeros dados de pesquisa, ou seja, o DTI pode ser utilizado em dois contextos diferentes para analisar: 1) a forma geral de pensamento, quando se trata do raciocínio diagnóstico ou 2) a forma geral do pensamento em uma situação clínica real ou simulada, pois permite analisar o grau de habilidade para a situação clínica específica (BORDAGE; GRANT; MARSDEN, 1990; ELSTEIN; BORDAGE, 1988; GALE; MARSDEN, 1983; GRANT; MARSDEN, 1987; LEMIEUX; BORDAGE, 1986).

O questionário DTI (Anexo A) é um instrumento elaborado por pesquisadores canadenses e alicerçado na Teoria da Geração de Hipóteses para avaliar o raciocínio clínico diagnóstico em dois domínios: *grau de flexibilidade no pensamento* e *grau de estrutura de conhecimento na memória*. O primeiro refere-se ao uso de uma variedade de processos que podem ser aplicados durante o raciocínio clínico diagnóstico e, assim, já na realização da anamnese, o profissional pode iniciar a geração imediata de hipóteses sobre a condição clínica do paciente ou, primeiramente, coletar todos os dados para depois avaliá-los e gerar hipóteses; o segundo domínio, por sua vez, faz referência à disponibilidade de informação armazenada na memória durante o processo diagnóstico. Neste contexto, a disponibilidade de informação é consequência da adequada organização do conhecimento (SOBRAL, 2001).

Os estudos realizados por amostra de estudantes brasileiros revelaram que características dos aprendizes e fatores do contexto educativo também influenciavam a resposta ao Inventário, além da base de entendimento sobre a habilidade de diagnóstico

em si (SOBRAL, 1995; 2000). Foram observadas associações significativas entre o tipo e o grau de experiência prévia do aprendiz e as medidas de processo identificadas por Bordage e cols. (1990), confirmando a sensibilidade discriminativa do instrumento (SOBRAL, 2001).

O DTI possui uma versão brasileira que foi aplicada a estudantes de medicina no país em pesquisa realizada por Sobral (2001), cujo intuito foi o de descrever os escores e suas diferenças em uma amostra pareada de estudantes, visando a averiguar a força preditora relativa do DTI à capacidade de resolução de problemas clínicos. Destacam-se os resultados do estudo original, que mostraram a consistência interna do instrumento e aspectos de sua sensibilidade discriminativa, em particular foram observadas diferenças significativas entre médias de grupos representativos de fases distintas da educação médica.

Rodrigues (2012) também utilizou esta versão brasileira do DTI com o objetivo de analisar suas propriedades psicométricas, aplicando-a junto a enfermeiros e estudantes de Enfermagem para descrever como ocorria o raciocínio diagnóstico da amostra estudada mediante o acréscimo de algumas variáveis selecionadas. Em seu trabalho enfatiza que o instrumento (DTI) foi construído para ser aplicado em contextos profissionais, nos quais os indivíduos exerçam atividades de diagnóstico como ferramenta profissional. A sua aplicação a uma amostra de estudantes permitiu avaliar a progressão do raciocínio clínico do futuro enfermeiro e o estabelecimento de possíveis ações para o desenvolvimento posterior de estratégias de formação permanente voltadas aos profissionais.

Ainda, no estudo de Rodrigues (2012), convém observar que o uso do instrumento Diagnostic Thinking Inventory (DTI) possibilita a tendência por parte do participante em escolher a resposta apenas pelo valor maior, daí decorrendo certa seleção das questões do DTI a serem verificadas por parte da autora na dimensão *Grau de Estrutura de Conhecimento na Memória*. Do mesmo modo, as questões relativas à dimensão *Grau de Flexibilidade no Pensamento* foram selecionadas para serem avaliadas nos testes pertinentes, conforme sistematizado no Quadro 1 a seguir:



**Quadro 1** – Comparação entre as questões constitutivas do DTI e àquelas com respostas verificadas por Rodrigues (2012) para cada dimensão do questionário. Elaborado pelo pesquisador, 2016.

<b>Dimensões do DTI</b>	<b>Questões segundo o DTI</b>	<b>Questões com respostas verificadas por Rodrigues (2012)</b>
<i>Grau de Estrutura de Conhecimento na Memória</i>	1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 29, 31, 33, 37 e 39	10, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 25, 29, 33 e 37
<i>Grau de Flexibilidade no Pensamento</i>	2, 3, 4, 5, 6, 11, 15, 16, 23, 24, 26, 27, 28, 30, 32, 34, 35, 36, 38, 40 e 41	2, 3, 6, 23, 26, 27, 34, 36, 38, 40 e 41

Sobral (2001) destaca que os trabalhos subsequentes confirmaram, em conjunto, a validade de conteúdo do inventário e mostraram sua estabilidade temporal, bem como a utilidade potencial na apreciação do raciocínio diagnóstico em diferentes circunstâncias (JONES, 1997; PETERSON, 1999; ROUND, 1999; SOBRAL, 1995).

Com a utilização da versão brasileira desta ferramenta na realização da presente pesquisa, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), foi feito um estudo piloto com cinco enfermeiros alunos regulares do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da mesma instituição (PPGENF/FURG) para constatar possível(eis) dificuldade(s) nos procedimentos de seu preenchimento, visando aprimorar o DTI para posterior aplicação efetiva neste estudo.

## **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada nos hospitais do município de Dourados/MS, no decorrer das jornadas de trabalho dos enfermeiros participantes e de acordo com a sua disponibilidade de tempo. Atualmente, há sete hospitais na cidade, totalizando 787 leitos. Entre os hospitais dois são públicos, com 276 leitos; outros três são hospitais particulares, com 288 leitos, e dois são filantrópicos, contando com 223 leitos. Nesse estudo serão utilizados nomes científicos de árvores brasileiras (Aniba firmula, Guarea macrophylla, Pouteria beaurepairei, Cordia superba, Virola oleifera, Plinia edulis, Ficus enormis) dos sete hospitais para manter o anonimato das instituições. Segundo o Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE, 2016), Dourados/MS possui

215.846 habitantes e conforma a maior população do interior do estado localizado na região sul do Estado de Mato Grosso do Sul, distante 219 km da capital Campo Grande.

### **4.3 Amostra**

Originalmente, previu-se uma amostra composta por um conjunto de indivíduos de 100 enfermeiros em exercício de suas funções, tal quantidade visando controlar erro inferior a 10% nos cálculos estatísticos, de modo que fosse possível fazer os cruzamentos entre as variáveis mantendo-as com a distribuição normal.

Na rede hospitalar do município de Dourados/MS, durante o desenvolvimento desta pesquisa, havia um total de 310 enfermeiros distribuídos entre dois hospitais públicos (177 profissionais), três hospitais particulares (62 enfermeiros) e dois hospitais filantrópicos (71 profissionais). Destes, compuseram a amostra os que atenderam aos critérios de inclusão, a saber, trabalhar há pelo menos três meses em um dos hospitais e não estar afastado de suas funções por qualquer motivo durante o período da coleta de dados. Foram excluídos da amostra os profissionais que se ausentaram das instituições mesmo após iniciada a coleta de dados e obteve-se, assim, uma adesão de 52,58% dos profissionais (163 participantes), amostra considerada relevante como representativa do conjunto de profissionais enfermeiros de Dourados/MS.

### **4.4 Procedimentos**

Primeiramente, foi encaminhado o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da FURG. Após obtenção do parecer favorável do CEPAS, sob n<sup>o</sup>. 184.2015 (Anexo B) solicitou-se a autorização da Diretoria da Escola de Enfermagem da FURG para que se realizasse o estudo piloto (Apêndice A). Também foi encaminhada cópia do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) dos hospitais envolvidos e, na ausência de CEP, aos diretores dos Serviços de Enfermagem, solicitando a devida autorização para o início das atividades (Apêndices B, C, D, E, F, G e H). Além disso, foi solicitada à Direção de Enfermagem dos respectivos hospitais uma sala para garantir a privacidade e prevenir possíveis constrangimentos aos participantes durante a coleta de dados (Apêndice I).

Foram contatados os enfermeiros dos diferentes hospitais da rede hospitalar de Dourados/MS para explicar-lhes os objetivos do estudo e esclarecer possíveis dúvidas.

Logo após, os participantes aptos a compor a amostra assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE, Apêndice J) antes de responderem ao questionário sociodemográfico (Apêndice K) e ao *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI, Anexo A). A aplicação dos questionários foi agendada em horário previamente combinado entre cada participante e o pesquisador, a fim de não comprometer a comodidade e o andamento de suas atividades assistenciais.

Os participantes foram esclarecidos sobre os seus direitos de comunicarem verbalmente a desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas pessoalmente, por telefone, carta, e-mail ou outro meio confiável, sem qualquer prejuízo para si, desde que não houvesse mais o interesse em participar do estudo. No entanto, por ser percebida como uma oportunidade de contribuir para com os avanços da profissão e do tema *raciocínio clínico do enfermeiro* não houve desistência por parte dos participantes.

Os dados coletados mediante o questionário sociodemográfico e o DTI, juntamente com os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, ficaram sob a guarda do pesquisador responsável durante o processo de coleta e análise. Após esse período, os questionários foram arquivados em ambiente apropriado (caixas lacradas) e ficarão guardados sob a supervisão do pesquisador responsável por um período de cinco anos para que se assegure, assim, a validade do estudo. Assumiu-se o compromisso com a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, bem como a responsabilidade com o cumprimento integral da Resolução n.º. 466/2012, que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

#### **4.5 Instrumentos da pesquisa**

Utilizou-se um questionário sociodemográfico que contemplou as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, jornada de trabalho, forma de contrato, renda mensal, tempo de exercício como enfermeiro, carga horária mensal, vínculo trabalhista com o hospital, maior grau de formação e se desenvolvia outra atividade econômica remunerada (Apêndice K).

Além deste questionário, foi utilizado o *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI), de acordo com a versão disponibilizada no estudo de Rodrigues (2012), instrumento que se caracteriza como autoaplicável e é composto por 41 itens na forma de um enunciado com duas afirmações coligadas, por meio de uma escala de respostas de seis pontos.

Possui o intuito de avaliar, neste caso, o raciocínio clínico do enfermeiro como diagnosticador. Por se tratar de uma escala do tipo diferencial semântico, cujos escores médios (total ou por domínios) variam de 1 a 6, os itens distribuídos de forma aleatória não havendo respostas erradas ou certas, mas a gradação mais ou menos próxima de cada extremo que pode variar ora à esquerda, ora à direita da escala. Desse modo, as respostas aos itens foram analisadas por atribuição de valor, segundo cada extremo da escala e conforme o que se desejava avaliar.

Em relação aos domínios, o *grau da flexibilidade no pensamento* esteve contemplado em 21 itens, dos quais um mínimo de 21 pontos e um máximo de 126 pontos que poderiam ser alcançados; enquanto que o *grau de estrutura de conhecimento na memória* era contemplado em 20 itens, compreendendo um mínimo de 20 e um máximo de 120 pontos que poderiam ser alcançados. Assim, as possibilidades de pontuações atingidas pelos participantes nas avaliações do DTI para a habilidade de diagnosticar poderia ser uma pontuação mínima de 41 e uma pontuação máxima de 246 pontos.

Rodrigues (2012) descreve que o DTI foi validado no Canadá e, posteriormente, transcrito para a Língua Portuguesa, obedecendo todos os critérios estipulados pela literatura internacional e por produções científicas semelhantes realizadas no Brasil. Durante a validação, foram mantidas as equivalências semântica, cultural e conceitual do instrumento na versão original. Ao realizar sua pesquisa com enfermeiros e estudantes de enfermagem, destacou que a análise descritiva dos itens do DTI quanto à flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento de memória, em que todos os participantes passaram por todas as possíveis respostas, indica que quanto maior for o valor da resposta atribuída na escala, mais positiva ou adequada é a resposta esperada em relação ao item. Ainda, nessa pesquisa, foram feitos o teste e o reteste e os resultados obtidos, por meio de coeficiente de correlação de Paerson, calculados considerando um valor de  $p < 0,01$ . Os resultados indicaram que há uma relação positiva entre os escores obtidos na primeira e na segunda aplicação do DTI, de acordo com o domínio analisado (flexibilidade no pensamento e estrutura de do conhecimento na memória). Esses resultados indicam que o DTI é confiável na reprodução similar dos resultados a respeito da flexibilidade no pensamento e estrutura do conhecimento na memória.

#### 4.6 Aspectos éticos

Respeitou-se o compromisso de cumprir o rigor científico de uma pesquisa quantitativa observando-se os preceitos éticos em todas as etapas do estudo para que seus resultados venham a ser publicados em periódicos de credibilidade. Após o contato prévio com os participantes da pesquisa para divulgar a proposta foi-lhes entregue um documento prestando esclarecimentos quanto ao tema da pesquisa, visando a convidá-los à participação e explicitando os objetivos e a metodologia propostos, assegurando o cumprimento dos aspectos éticos envolvidos – tais como o direito à privacidade –, além da obtenção da permissão individual para divulgar anonimamente os resultados nos periódicos, garantindo o anonimato e o sigilo dos dados informados. Formalizou-se tal concordância mediante a assinatura por escrito, em duas vias, do TCLE (Apêndice J), do qual constam as assinaturas do pesquisador responsável e do(a) participante, ambos detentores de uma cópia do documento.

É possível afirmar que não houve riscos à integridade física nem qualquer tipo de constrangimento por parte dos participantes do estudo ao se depararem com as situações no decorrer de suas atividades assistenciais e/ou ao exporem suas visões durante a realização dos questionamentos.

A pesquisa pode ter originado benefícios potenciais aos enfermeiros, uma vez que teve como força motriz a promoção da reflexão sobre a importância de realizar atualizações e educação permanente com o intuito de promover a segurança do paciente através do raciocínio clínico durante a prática da profissão, bem como acerca da qualidade do cuidado da assistência, o que favorece a construção de uma Enfermagem mais bem preparada e qualificada. Portanto, considera-se que essas atualizações com educação permanente podem suscitar benefícios potenciais para a qualidade do cuidado e um agir consciente respaldado no conhecimento clínico que repercutirá na segurança dos pacientes.

Admitiu-se o compromisso de desenvolver a presente pesquisa conduzindo-a conforme os parâmetros éticos e legais, buscando sua conclusão no prazo estabelecido, utilizando os dados obtidos exclusivamente para os fins previstos no protocolo e, ainda, com o compromisso de publicação científica do conteúdo independentemente dos resultados, ou seja, favoráveis ou não. De acordo com a Resolução n.º 466/2012, que rege as pesquisas com seres humanos, assumiu-se o compromisso com a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes (BRASIL, 2012).

Assumiu-se, ainda, a responsabilidade pela produção científica do projeto apresentado e o compromisso de desenvolver a pesquisa, conduzindo-a conforme os parâmetros éticos e legais, procurando cumprir os prazos estabelecidos e divulgar os resultados ao seu término por meio de publicações em periódicos e apresentações em eventos após a Sustentação da Tese de Doutorado, cuja cópia será disponibilizada para divulgação pelo PPGEnf/FURG e pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (EEnf/FURG). O estudo também estará disponível no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

#### 4.7 Análises estatísticas

Foi realizada a análise descritiva dos resultados, apresentando médias e Desvios-padrão de cada domínio do questionário sociodemográfico e do *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI). Na análise estatística dos dados aplicaram-se testes estatísticos distintos, sendo justapostos para as variáveis categóricas em relação às dimensões do DTI: o teste de Análise de Variância (ANOVA) e o teste de diferenças de médias (*t* – Student). Com relação às variáveis sociodemográficas contínuas, aplicou-se o teste de correlação linear de *Pearson*, o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett e o teste de Tukey, que permitiu a comparação de média que serviu como um complemento para o estudo da análise de variância. Os dados foram armazenados em formato Excel e, posteriormente, analisados em *software* específico de análise estatística.

Com o objetivo de verificar se existem diferenças significativas entre os domínios “grau de flexibilidade do pensamento” e “grau de estrutura de conhecimento na memória” realizaram-se duas análises de variância fatoriais em que a *flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento na memória* foram consideradas *variáveis respostas*, e o hospital, a titulação, formação, experiência e carga horária trabalhada foram consideradas *variáveis explanatórias*. Todas as análises foram realizadas na plataforma *r* (R Development Core Team, 2013), considerando 5% de significância.

Visando verificar se o padrão das respostas ao DTI variava entre grupos de enfermeiros, foi realizada a análise de variância multivariada permutacional, cujas respostas de cada enfermeiro foram utilizadas para a construção de uma matriz de similaridade entre os mesmos, utilizando a distância euclidiana e, posteriormente, o comando *adonis* do pacote *vegan* (Oksanen et al., 2016) para verificar, por exemplo, se

enfermeiros provenientes de um mesmo hospital apresentavam ou não respostas mais similares entre si do que quando comparados a profissionais de outra instituição. Nesta análise, como já apresentado anteriormente, utilizaram-se como variáveis explanatórias: hospital, titulação, formação, experiência e carga horária trabalhada, sendo a significância destes descritores estimada através de uma permutação (999 permutações).

O cálculo para definição do tamanho da amostra considerou “n” como a amostra mínima necessária para garantir a relevância dos resultados, “Z<sub>c</sub>” (zona crítica) correspondendo a um número da tabela, “e” representando o erro máximo aceitável e “p” correspondendo à proporção de sucesso.

Para uma população de 310 participantes, segundo os estudiosos Silva e Pinto (2011), o índice de 90% de confiança pode ser alcançado com uma amostra de 144 participantes.

No presente estudo, seguindo os critérios de inclusão “trabalhar há pelo menos três meses em um dos hospitais” e “não estar afastado de suas funções por qualquer motivo durante o período da coleta de dados”, obteve-se no período de dois meses a participação de 163 sujeitos, o que em nossa amostra corresponde a 52,58% da população estudada.

Assim, com esse número de participantes (163) e tal índice de abrangência da população (52,58%), foi possível alcançar 90% de confiabilidade do intervalo de confiança. De acordo, ainda, com o tamanho da amostra (163) aceitou-se margem de erro de 5,3%. Considerando que o padrão na área de Exatas estima o erro de 1,3% ou 5%, a situação com que nos deparamos (5,3%) está dentro do aceitável visto que ocorre o arredondamento do valor menor de 5,5, obtendo-se 5% de erro:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p) N}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)} \qquad n = \frac{N z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{z^2 p(1-p) + e^2 \cdot (N-1)}$$

$$n = \frac{1,96 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5) 310}{(310-1) \cdot 0,052 + 1,96 \cdot 0,5 \cdot (0,5)} \qquad n = \frac{310 \cdot 1,96 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 + 0,052 \cdot (309)}$$

$$n = \frac{19,208 \cdot 0,5 \cdot (0,5) 310}{(309) \cdot 0,25 + 3,8416 \cdot 0,5 \cdot (0,5)} \qquad n = \frac{297,724}{0,9604 + 0,7725} = \frac{297,724}{1,7329} = 171,8$$

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentadas a caracterização dos participantes e a análise descritiva, de acordo com as respostas obtidas, evidenciando, na análise estatística utilizada, os seis testes estatísticos: teste de Análise de Variância (ANOVA), o teste de diferenças de médias (*t*-Student), teste de correlação linear de *Pearson*, teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett e o teste de Tukey. Todos os testes foram realizados com 95% de intervalo de confiança.

Foi realizada a análise descritiva dos resultados, apresentando médias e Desvios-padrão de cada domínio do questionário sociodemográfico e do *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI). Na análise estatística dos dados aplicaram-se testes estatísticos distintos, sendo justapostos para as variáveis categóricas, em relação às dimensões do DTI, o teste de Análise de Variância (ANOVA) e o teste de diferenças de médias (*t* – Student). Com relação às variáveis sociodemográficas contínuas foram aplicados o teste de correlação linear de *Pearson* e o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett, além do Teste de Tukey, todos com 95% de intervalo de confiança. Os dados foram armazenados em formato *Excel* e, posteriormente, analisados em *software* específico de análise estatística.

### 5.1 Perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS

Mediante as respostas ao questionário buscou-se alcançar o **objetivo específico de conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS**. A amostra foi composta de 163 enfermeiros da rede hospitalar do município que concordaram em participar da pesquisa, perfazendo 52,58% desse total.

Considerando que houve a participação de mais de 50% do total do grupo de enfermeiros de Dourados/MS, conseguiu-se estar o mais próximo de conhecer o seu real perfil, isso é, esse percentual de amostra dos participantes ficou bem representado pela população. Com o perfil sociodemográfico dos enfermeiros que trabalham nos hospitais do município de Dourados/MS é possível conhecer o comportamento desses profissionais nesse determinado período como sexo, idade, estado civil, jornada de trabalho, forma de contrato, renda mensal, tempo de exercício como enfermeiro, carga



horária mensal, vínculo trabalhista com o hospital, maior grau de formação e se desenvolvia outra atividade econômica remunerada.

A seguir são apresentadas as principais características para estabelecer o perfil sociodemográfico destes participantes, além de dados relativos a outros estudos que corroboram ou não os nossos achados. Buscou-se discutir tais dados à luz dos conhecimentos da área de Enfermagem e das práticas e experiências vividas pelo pesquisador ao longo de sua trajetória profissional.

### 5.1.1 Idade

No presente estudo, a média de **idade** dos participantes ficou em 32,7 anos, sendo que o enfermeiro mais jovem possuía 21 anos e o mais velho 54 anos, com Desvio Padrão de 6,3 anos. A título de contextualização, Freitas e Oguisso (2007), que pesquisaram o perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas, encontraram uma média de 36,8 anos com Desvio Padrão de 8,6 e uma variação de 20 a 61 anos. Almeida, Freire e Leonel (2012), quando pesquisaram o “Sistema de Informação da Atenção Básica: a Percepção de Enfermeiros” encontraram uma variação de 35 a 57 anos. Sousa e Alves (2015) encontraram em seu estudo uma média de idade de 38,5 anos, com Desvio Padrão de 8,99.

A partir dos dados obtidos no presente estudo relativos à faixa etária da amostra participante foi realizado o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett e, logo em seguida, o teste *t* de Student, cruzando com os domínios do DTI e a variável idade, tendo sido encontrados os valores de  $p=0,5281$  para flexibilidade do pensamento e  $p=0,8492$  para estrutura do conhecimento na memória, que são maiores que 0,05. Assim, com 95% de intervalo de confiança, verificou-se que não constitui diferença estatística significativa.

Entretanto, apesar dos instrumentos estatísticos não apresentarem diferença estatística significativa, pode-se afirmar que as atividades de um enfermeiro exigem bastante do seu condicionamento físico, que não raramente está associado com a sua idade e aptidão física, ou seja, à capacidade de realização de atividades da profissão. De acordo com a idade é possível que alguns comportamentos estejam relacionados a resistir e/ou superar desafios e estresse.

Considera-se que os enfermeiros mais velhos, por exemplo, ao desenvolverem as suas atividades nos hospitais, estão mais propensos a realizá-las com mais facilidade,

devido à maior experiência adquirida com o passar dos anos. Toda essa vivência contribui para desenvolver suas atribuições com mais segurança e agilidade. Assim, com o avançar da idade os enfermeiros passam, de certo modo, a destacar uma tecnologia da profissão, isso porque após anos de vivência profissional a observação neles não é mais ingênua e encontra respaldo no conhecimento acumulado ao longo de suas experiências, o que permite superar o empirismo no exercício de seu trabalho, isso é, esse capital humano acumulado contribui para a manutenção do “fazer melhor” no seu ofício.

Entretanto, sabe-se que a juventude é socialmente vista como evidência de vida, força e espaço para a criatividade. Nesse sentido, o enfermeiro jovem é aceito como um profissional sem experiência, o que é normal e, por vezes, desejável nos casos, por exemplo, de algumas instituições de saúde que creem na possibilidade de ajustar mais facilmente esse profissional às respectivas filosofias institucionais para, conseqüentemente, viabilizar maior afeição com as suas culturas.

Essas evidências, contudo, necessitam ser mais bem identificadas e sistematizadas ao longo dos anos por estudos comprometidos com a qualidade da ação de enfermeiros e com a manutenção de bons ambientes de trabalho, onde a maturidade pessoal e a experiência na profissão sejam a força motriz para o aprendizado e a formação permanente destes profissionais nos contextos em que se inserem, minimizando preconceitos que possam vir a desacreditar as ações, as experiências e os saberes tanto dos jovens profissionais quanto dos enfermeiros com maior vivência empírica.

### **5.1.2 Sexo**

Ficou evidenciado na presente pesquisa que 79,8% dos participantes são do **sexo** feminino (130 participantes) e 20,2% dos participantes são do sexo masculino (33 participantes). Carneiro e Fagundes (2013), que pesquisou sobre as condições de trabalho em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), encontrou 82,5% de participantes do sexo feminino e 17,5% do sexo masculino. Martins et al. (2006), em pesquisa sobre o “perfil do enfermeiro de desenvolvimento na competência profissional”, encontrou 92% de participantes do sexo feminino e 8% do masculino.

Corroborando ainda os achados do presente estudo é possível mencionar a título ilustrativo os estudos de Corrêa, Araújo, Ribeiro e Pedrosa (2012), que evidenciaram

88,6% de participantes do sexo feminino e 11,4% do sexo masculino; Viana, Vargas, Carmagnani, Tanaka, Luz e Schmitt (2014) trabalharam com enfermeiros e encontraram 80% de participantes do sexo feminino e 20% do sexo masculino; Rocha e Zeitoune (2007) encontraram 87,7% de participantes do sexo feminino e 12,3% do sexo masculino.

Outras pesquisas igualmente evidenciam a maioria de profissionais do sexo feminino, tais como a pesquisa de Montenegro (2010), que encontrou 85% de participantes do sexo feminino e 15% do sexo masculino; Fernandes et al. (2010), que destacam 92,2% de participantes do sexo feminino e 7,8% do sexo masculino e Sousa e Alves (2015) com estudo que apontou 95% de participantes dos participantes do sexo feminino.

Finalmente, segundo o COFEn (2009), 88,02% dos enfermeiros do Brasil são do sexo feminino e 11,98% do sexo masculino. Tais evidências sobre a maioria de profissionais do sexo feminino encontram como contraponto apenas os estudos de Sales et al. (2010), que obtiveram em sua pesquisa com enfermeiros 100% dos participantes do sexo feminino, e Souza et al. (2015) com suas evidências de profissionais assim distribuídos: 62,5% de participantes do sexo masculino e somente 37,5% do sexo feminino.

Realizaram-se, a partir dos dados relativos à variável sexo obtidos com a elaboração do presente estudo, o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett, resultando num valor de  $p=0,2934$  para flexibilidade de pensamento e valor de  $p=0,5277$  para estrutura do conhecimento na memória, indicando que, com 95% de intervalo de confiança, as variâncias nos dois testes foram significativamente homogêneas. Posteriormente, o teste de diferença de médias  $t$  de Student foi aplicado, cruzando os dados do DTI e a variável sexo, sendo encontrados os valores de  $p=0,2934$  para flexibilidade de pensamento e  $p=0,5277$  para estrutura do conhecimento na memória, com 95% de intervalo de confiança, sendo possível afirmar que não há diferença estatística significativa (Tabela 1).

**Tabela 1**– Perfil dos profissionais de Enfermagem de Dourados/MS: a variável sexo em relação aos domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).

Domínios DTI	Sexo	N	Média	DP	T	<i>p</i>
Flexibilidade	F	132	3,097155	0,6532418	-1,1463	0,2934
	M	32	2,966193	0,5598741		
Estrutura	F	132	2,935751	0,6131191	0,47858	0,5277
	M	32	2,989583	0,5595177		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Muito provavelmente as convenções e pressões sociais com relação à educação para um ou outro gênero (a disputa e as diferenças entre “ser mulher” e “ser homem”) que influenciam, por exemplo, as escolhas de brinquedos, quando criança, de algum modo, afetam o raciocínio quando adultos no futuro. Assim, tais escolhas de origem “cultural” – como as meninas brincarem, em geral, de casinha, de mamãe, de bonecas e outras brincadeiras que estimulam o desenvolvimento de laços afetivos e relacionamentos mais duradouros, enquanto os meninos são estimulados para a competição, por meio de bola, vídeo game, lutas etc. – provavelmente tem relação com as escolhas pelas diferentes profissões e a consequente predominância de mulheres na Enfermagem.

Tal informação mostra-se importante, pois pode auxiliar a explicar o alto índice de especialistas, em um país onde as mulheres possuem o perfil de estudos mais longevos. Por outro lado, justamente o fato de ser uma maioria de mulheres pode implicar o comprometimento da qualidade da assistência prestada, devido à hegemonia de certa organização social que sobrecarrega o gênero feminino de atribuições domésticas e familiares, levando-as, como profissionais, muitas vezes a tomarem decisões extremas diante da carga horária e do acúmulo de funções no universo da Enfermagem, do que decorre o distanciamento familiar, por exemplo, e os altos índices de distúrbios e estresse entre essas trabalhadoras.

Seja reproduzindo estereótipos do feminino, que caracterizam artificialmente a mulher como tendo “vocação” para o cuidado – o que vem sendo destacado desde o início da história da Enfermagem como campo de conhecimento –, seja por livre e espontânea vontade dessa maioria de mulheres, o que tais dados também indicam, entre outras coisas, é o fato de que essas profissionais não raramente continuam a arcar

sozinhas com a responsabilidade básica do trabalho familiar não remunerado, tanto nas tarefas domésticas (cozinhar, limpar, lavar etc.) quanto na prestação de cuidados aos membros da família, além do compromisso já assumido com o trabalho regular por meio do qual são mantenedoras de seus lares (LEE; MCCANN; MESSENGER, 2009).

### 5.1.3 Estado civil

De um modo geral, o estado civil é a situação de uma pessoa em relação ao matrimônio ou à sociedade conjugal, havendo diferenças entre casados, divorciados, separados, solteiros e viúvos, fatores que podem influenciar o estilo de vida e, conseqüentemente, a maneira de pensar de cada indivíduo. Os *estados civis* encontrados entre os participantes deste estudo indicam que 52,8% são casados, 40,5% são solteiros, 5,5% separados e 1,2% viúvos.

Corroborando com o presente estudo, Corrêa, Araújo, Ribeiro e Pedrosa (2012) encontraram 49,4% de participantes casados, 36,7% de participantes solteiros, 6,3% de participantes em união estável, 5,1% de participantes divorciados e 2,5% de participantes viúvos. Viana, Vargas, Carmagnani, Tanaka, Luz e Schmitt (2014) encontraram em sua pesquisa 38% de profissionais casados, 54% de profissionais solteiros, 7% de profissionais divorciados e 1% de profissionais viúvos.

Destes dados depreende-se, por dedução, que a maioria de profissionais da Enfermagem casados almeja a estabilidade financeira para constituir família. Sendo essa maioria também feminina, reitera-se a pressão social da qual são vítimas as mulheres em uma sociedade patriarcal e machista. Se, por um lado, a família pode surtir o efeito de base emocional para o enfermeiro, por outro, a ausência de tempo para desfrutar com a família pode ser motivo para o descontentamento no local de trabalho.

Disso advém outra hipótese que, em certa medida, explicaria o grande número de profissionais solteiros: a dificuldade em conciliar a vida familiar e privada com a rotina por vezes extenuante do trabalho da Enfermagem, o que poderia levar a maioria de mulheres ao adiamento de matrimônios, por exemplo. Recordemos que tais afirmações são feitas tendo como base o senso comum, que determina o “sucesso” da figura feminina na sociedade como sendo uma mulher bem-sucedida profissionalmente, casada e em um relacionamento heteronormativo, que lhe permite ter filhos biológicos. Até o momento estamos acompanhando, portanto, o delineamento de um perfil do

profissional de Enfermagem que é mulher, de cerca de 30 anos de idade e que é casada ou solteira.

Foi realizado o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett, resultando num valor de  $p=0,644$  para flexibilidade do pensamento e valor de  $p=0,5512$  para estrutura do conhecimento na memória, indicando que, com 95% de intervalo de confiança, as variâncias nos dois testes foram significativamente homogêneas. Logo depois foi realizado o teste de análise de Variância com os domínios do DTI e o estado civil, encontrando-se os valores de  $p=0,06656$  para flexibilidade de pensamento e  $p=0,9892$  para estrutura do conhecimento na memória. Com estes resultados, é possível afirmar com 95% de intervalo de confiança que não foi possível encontrar diferença estatística significativa do cruzamento entre as médias da variável estado civil com os domínios do DTI.

#### **5.1.4 Carga horária semanal de trabalho**

Em relação à **carga horária** semanal, verificou-se que 47,9% dos participantes desse estudo têm um regime de trabalho de até 40 horas, enquanto que 52,1% trabalham mais de 40 horas semanais. Estudos como o de Sales et al. (2010) indicaram 72,2% dos participantes com jornadas de 30 horas semanais. Fernandes et al. (2010) revelaram que 92,1% dos profissionais de enfermagem estudados atuam 40 horas semanais, sendo que na sua atuação profissional muitas vezes lideram o processo laboral com a finalidade de assistência contínua ao cliente que necessita dos recursos do cuidado ininterruptos, o que pressupõe revezamentos dos turnos de trabalho inclusive à noite e plantões aos finais de semana e feriados. Nesse sentido, Freitas, Fugulin e Fernandes (2006) revelam que o trabalho do enfermeiro envolve atribuições gerenciais que exigem conhecimentos e competências que o habilitam para exercer os processos decisórios e adotar função relevante no direcionamento das políticas de recursos humanos dentro das instituições de saúde.

Na Enfermagem, a carga horária semanal de trabalho oscila de trinta a quarenta e quatro horas, sendo mais comum a jornada de trinta e seis horas por semana. As jornadas diárias de trabalho variam de seis horas diárias, de segunda a sexta-feira, com um plantão de doze horas em um dos dias do final de semana; oito horas diárias, de segunda a sexta-feira, ou doze horas de trabalho por trinta e seis horas de descanso. Nesta pesquisa, ficou evidenciado que 52,1% dos participantes realizam mais de

quarenta horas semanais e, além disso, por ser a grande maioria dos participantes mulheres, decorre ser comum terem dupla ou tripla jornada de trabalho e, conseqüentemente, menos tempo para família, lazer, atividade física, dedicação espiritual, além do descanso físico e mental.

É possível que esses fatores possibilitem alterações no raciocínio clínico, apesar de não ter sido possível detectar alteração nos testes citados; alterações que não são, de forma alguma, “inatas” ao feminino, mas fruto das pressões e cobranças sofridas pela mulher em uma sociedade que carece de rever a cada dia a proteção aos seus direitos.

Com base nos dados relativos à carga horária semanal foi realizado o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett e, logo em seguida, o teste de diferenças de média *t* de Student e Desvio Padrão nos domínios de flexibilidade do pensamento (valor de  $p=0,138$ ) e estrutura de conhecimento na memória (valor de  $p=0,121$ ). Com 95 % de intervalo de confiança é possível afirmar que não há diferença estatística significativa entre os domínios do DTI e a variável da carga horária semanal, como é possível verificar na Tabela 2.

**Tabela 2**– Perfil dos profissionais de Enfermagem de Dourados/MS: carga horária de trabalho semanal em relação os domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).

Domínios DTI	CH semanal	N	Média	D.P.	T	<i>p</i>
Flexibilidade	Até 40h	78	3,33	0,42	2,22	0,138
	Mais 40h	85	3,44	0,55		
Estrutura	Até 40h	78	3,26	0,51	2,42	0,121
	Mais 40h	85	3,39	0,51		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Vale reforçar que na análise descritiva dos itens do DTI, quanto à flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento de memória entre os participantes do estudo, indica-se que quanto maior o valor da resposta atribuída na escala, mais positiva ou adequada é a resposta esperada em relação ao item. Portanto, mediante a análise da Tabela 2, é possível observar que as médias dos participantes que realizam jornadas de trabalho semanais com mais de 40 horas são maiores no domínio de flexibilidade do

pensamento = 3,44 (> que 3,33) e no domínio de estrutura do conhecimento na memória = 3,39 (> 3,26), respectivamente, do que as médias dos enfermeiros que trabalham até 40 horas.

### 5.1.5 Vínculo empregatício

Quanto ao **vínculo empregatício**, 14,1% dos participantes deste estudo são estatutários e 85,9% são Celetistas. Em seu estudo, Viana, Vargas, Carmagnani, Tanaka, Luz e Schmitt (2014) revelaram que 58% dos profissionais eram contratados, de acordo com o regime previsto na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), 21% eram concursados, 20% possuíam contrato estatutário e 1% outros. Fernandes et al. (2010) evidenciaram em sua pesquisa 19,1% de profissionais concursados.

O tipo de vínculo de trabalho pode contribuir no raciocínio clínico, devido à possibilidade de estabilidade no emprego ou não. Desse modo, o enfermeiro que está efetivo na instituição possivelmente se encontraria mais dedicado aos estudos e à filosofia do seu local de trabalho. Esse “conforto” psicológico poderia contribuir para desenvolver melhor o raciocínio clínico, uma vez que sua condição empregatícia está estável e, assim, possui meios de investir na sua constante qualificação, devido à certeza da permanência em seu local de trabalho e às aspirações de melhorias em sua carreira.

É possível, também, que os participantes celetistas tenham a preocupação em permanecer na mesma instituição, devido à “lei clássica de capitalismo” (oferta e procura) que mantém em aberto a possibilidade de ter sua mão de obra substituída a qualquer momento em seu local de trabalho. Na tentativa de ser melhor em tudo o raciocínio clínico pode estar sendo desenvolvido com mais foco, mesmo sabendo que, não raramente, nas instituições particulares o lucro é o objetivo principal. Com isso, poderá haver setores com número de pacientes acima do recomendado ou, ainda, como enfermeiro pode ser designado a ter que assistir em mais de um setor/unidade.

Foi realizado o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett, resultando num valor de  $p=0,1781$  para flexibilidade do pensamento e  $p =0,1108$  para estrutura do conhecimento na memória, indicando que, com 95% de intervalo de confiança, as variâncias nos dois testes foram significativamente homogêneas. Logo em seguida, foi realizado o teste  $t$  de Student com as variáveis investigadas, a partir das dimensões do DTI com os domínios flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento na memória, quando se apontou o **vínculo empregatício** com uma margem de erro de 5%,



sendo possível afirmar que não há diferença estatística significativa, entre os participantes celetistas ou estatutários, tendo os domínios flexibilidade do pensamento apresentado o valor de  $p=0,0754$  e estrutura de conhecimento na memória o valor de  $p=0,3847$ . Nesta verificação foi utilizado o teste  $t$  de Student entre os enfermeiros celetistas e os enfermeiros estatutários, como é possível verificar na Tabela 3.

**Tabela 3**– Vínculo empregatício e os domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).

Domínios DTI	Vínculo	N	Média	DP	T	$p$
Flexibilidade	CLT	140	3,102662	0,6505323	1,833	0,07541
	Efetivo	23	2,881423	0,5153065		
Estrutura	CLT	140	2,960119	0,6209978	0,88002	0,3847
	Efetivo	23	2,862319	0,4698006		

Fonte: Dados da pesquisa.

### 5.1.6 Titulação

Entre as variáveis do questionário sociodemográfico, a **titulação** dos enfermeiros participantes indicou que 3,7% são mestres, 30,9% apenas graduados e a maioria de 65,4% são especialistas. Estudos como o de Viana et al. (2014) corroboram os achados da presente pesquisa, pois encontraram 19% de graduados e 81% de pós-graduados. Tomaszewski-Barlem et al. (2016) evidenciaram em seu estudo que 14,28% eram apenas graduados, 50% dos enfermeiros eram especialistas, 28,57% mestres e 7,14% doutores. Em sentido similar, Rocha e Zeitoune (2007) evidenciaram em seu estudo que 66,6% dos enfermeiros participantes tinham pós-graduação. Sales et al. (2010) obtiveram 66,6% de pós-graduados entre os enfermeiros participantes de sua pesquisa. Fernandes et al. (2010) evidenciaram que 40% possuíam apenas a graduação e 60% pós-graduação, índice que aumenta no estudo de Sousa e Alves (2015), que detectaram 90% dos enfermeiros participantes titulados na pós-graduação.

No artigo de Silveira et al. (2011), 79,92% dos enfermeiros possuíam pós-graduação, índice similar aos 80,8% da pesquisa de Shimizu et al. (2011). Sousa e Marques (2011), em estudo intitulado “Fatores facilitadores e dificultadores da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem”, encontraram 79% de enfermeiros especialistas, 19% de enfermeiros apenas graduados e 2% de enfermeiros

mestres. No estudo de Martins et al. (2006) os índices foram de 57% dos profissionais com residência, 23% com outro tipo de especialização, 13% com mestrado, 2% com doutorado e 5% realizando o curso de mestrado.

Quando se trata da formação e titulação verifica-se, pois, que o profissional de Enfermagem que possui somente o primeiro título universitário (graduação) está mais exposto a ter dificuldades no uso do raciocínio clínico, uma vez que parece que não lhe foi exigido um aprofundamento técnico-científico com experientes docentes universitários dentro da área específica em que está atuando. Dessa forma, trata-se de um profissional generalista e que ainda não aprofundou conhecimentos em determinado campo profissional, um perfil pouco desejado e que, talvez, justifique os altos índices de realização de cursos de especialização nos estudos já realizados e também evidenciados na presente pesquisa (65,4%).

Segundo Barros e Michel (2000), a modalidade de pós-graduação *lato sensu* está regulamentada no Brasil há 37 anos e determina como tempo mínimo de curso a somatória de 360 horas de atividades letivas. Os profissionais que querem fazer a diferença com o domínio do conhecimento técnico-científico dão preferência, então, principalmente às áreas que chamaram sua atenção durante a graduação, e realizam estes cursos para a obtenção da certificação como especialistas.

O título de especialista é oferecido a candidatos diplomados em curso superior ou técnico e possui foco técnico-profissional, o que possibilita aos interessados aprofundar seus conhecimentos e competências em uma determinada área do conhecimento, oportunizando sequência à sua formação de base. Um número reduzido de enfermeiros (3,7%) que participaram da pesquisa tem pós-graduação em nível de mestrado, sendo que os que possuem titularam-se em curso de pós-graduação *stricto sensu* com duração entre 2 a 5 anos.

É notório que o profissional que possui o título de mestre é diferenciado no conhecimento técnico-científico perante os demais colegas, que têm especialização ou somente graduação. Não raramente, o enfermeiro mestre possui também uma especialização. Durante a pesquisa, foi possível identificar duas enfermeiras que têm mestrado e que, em menos de um ano, iriam concluir o curso de doutorado.

Foi realizado o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett, resultando num valor de  $p=0,7337$  para flexibilidade de pensamento e valor de  $p=0,5012$  para estrutura do conhecimento na memória, indicando que, com 95% de intervalo de confiança, as variâncias nos dois testes foram significativamente homogêneas. Logo em

seguida foi realizado o teste de Análise de Variância (ANOVA) com os domínios do DTI. Nesta variável (titulação), questionados todos os participantes da pesquisa evidenciaram-se os valores de  $p=0,1397$  e  $p=0,2212$ , respectivamente, ou seja, não foi possível detectar significância estatística, aceitando um nível de 5%, como se pode constatar na Tabela 4.

**Tabela 4** – Titulação dos participantes em relação os domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).

Domínios DTI	Titulação	N	Média	DP	<i>p</i>
Flexibilidade	Graduado	49	3,181818	0,6101190	0,1397
	Especialista	108	3,043013	0,6347858	
	Mestre	6	2,681818	0,7815010	
Estrutura	Graduado	49	3,066327	0,5654449	0,2212
	Especialista	108	2,901235	0,6032049	
	Mestre	6	2,777778	0,8090919	

Fonte: Dados da pesquisa.

Com a diferença de percentuais entre os participantes da pesquisa sobre as titulações considerava-se que nesta variável haveria diferença estatística em se tratando de conhecimento clínico através dos domínios do DTI, motivo pelo qual se realizou o teste de homogeneidade de médias nos domínios de flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento na memória. Apesar de não ter sido detectada diferença estatística significativa entre o DTI e esta variável, no entanto, ficam evidentes as diferentes qualificações entre os participantes do estudo, e com isso presume-se a possibilidade de haver diferença de conhecimento clínico agregado entre os profissionais desta pesquisa, cujos motivos da não detecção deverão ser investigados em futuros estudos a serem realizados.

### 5.1.7 Outra atividade remunerada

Em relação ao desenvolvimento de **outra atividade** remunerada e com vínculo empregatício, 20,2% dos participantes afirmaram que têm outro emprego (Secretaria Municipal de Saúde, clínicas, instituições de ensino e em outros hospitais), sendo remunerados pelo trabalho que realizam. Assim, a grande maioria (79,8%) tem apenas

um vínculo empregatício. As condições laborais atuais envolvem modelos de produção e prestação de serviços com características de trabalho aceleradas e intensificadas. Os modelos determinam o aumento da produtividade, por meio da combinação do ritmo de trabalho, da carga de responsabilidade e da redução dos intervalos de descanso na jornada de trabalho (DALRI et al., 2014), condições essas que contribuem continuamente aos riscos ocupacionais, podendo originar efeitos crônicos à saúde dos trabalhadores.

Sousa e Alves (2015) encontraram 25% dos enfermeiros com outro vínculo empregatício e 75% com somente um vínculo. Nesse sentido, a jornada de trabalho constitui-se em uma dimensão importante na qualidade de emprego, repercutindo na segurança e saúde do trabalhador, nos aspectos pessoais e familiares, assim como na organização laboral dentro da instituição (LEE; MCCANN; MESSENGER, 2009).

Na pesquisa intitulada “Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas”, entre os enfermeiros pesquisados pertencentes ao grupo com dupla jornada 37,50% apresentaram sintomas psicológicos, 29,17% não apresentaram sintomas, 20,83% apresentaram sintomas físicos e 12,50% apresentaram sintomas físicos e psicológicos. Dos pertencentes ao grupo sem dupla jornada, 33,33% apresentou sintomas psicológicos, 44,44% não apresentou sintomas, 11,11% apresentou sintomas físicos e 11,11% apresentou sintomas físicos e psicológicos. Portanto, pode-se observar que, dentre os sintomas, houve predominância dos psicológicos, embora o Teste de Fisher não tenha evidenciado diferença significativa quando se compararam as variáveis com dupla e sem dupla jornada de trabalho em relação à avaliação dos sintomas físicos e psicológicos (PÁFARO; MARTINO, 2004).

Os limites das atividades dos profissionais de Enfermagem, entre elas as do enfermeiro, estão definidos no Decreto n.º 94.406/87, que regulamenta a Lei n.º 7.498/86 sobre o exercício profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986; 1987). É possível identificar as atividades – que são divididas por níveis de complexidade e cumulativas –, sendo o enfermeiro responsável pelas suas atividades privativas, outras mais complexas e, ainda, podendo desempenhar todas as demais tarefas que podem ser desenvolvidas pelas outras categorias profissionais da enfermagem. Segundo a legislação, ao enfermeiro compete o planejamento das atividades no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e na execução de programas de assistência integral à saúde, além da participação em programas de higiene e segurança do trabalho e,

obviamente, da assistência de enfermagem.

Dentre os participantes do estudo, aqueles que têm outra atividade remunerada na maioria das vezes diminuem o tempo de descanso, o que contribui para o aumento do estresse, da sonolência excessiva, da insônia e da irregularidade de repouso, além do aumento de peso, ampliação da possibilidade de doenças como o diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares e o aumento da dificuldade de concentração, entre outros. Tais fatores se destacam negativamente na tentativa dos profissionais se dedicarem aos estudos sem qualificação indo, porém, na contramão da possibilidade de melhorar o raciocínio clínico.

É provável que o enfermeiro que tenha outra atividade remunerada tenha menos tempo para se dedicar a estudos ou, quando está no plantão, é possível que realize suas atividades de maneira sobrecarregada e sem o necessário e suficiente interesse e/ou disposição de investigar mais sobre os pacientes que estão sob os seus cuidados, ou seja, quando imerso nestas condições tende a realizar apenas as atividades profissionais consideradas urgentes e as mais triviais.

Foi realizado, em relação aos dados encontrados no presente estudo acerca desse item, o teste de homogeneidade de variâncias de Bartlett, resultando num valor de  $p=0,4663$  para flexibilidade de pensamento e  $p=0,8387$  para estrutura do conhecimento na memória, indicando com 95% de intervalo de confiança as variâncias nos dois testes como significativamente homogêneas. Logo em seguida foi realizado o teste de diferenças de médias, *t* de Student e Desvio Padrão nos domínios de flexibilidade do pensamento ( $p=0,7093$ ) e estrutura de conhecimento na memória ( $p=0,2063$ ). Com 95% de intervalo de confiança é possível afirmar que não há diferença estatística significativa entre os domínios do DTI e a variável desenvolvimento de outra atividade, como é possível identificar na Tabela 5.

**Tabela 5**– Perfil dos profissionais de Enfermagem de Dourados/MS: Outra Atividade em relação os domínios do DTI (Flexibilidade do pensamento e Estrutura do conhecimento na memória).

Domínios DTI	N		Média	D.P.	T	p
Flexibilidade	128	N	3,061	0,624	0,3748	0,7093
	35	S	3,109	0,688		
Estrutura	128	N	2,915	0,604	0,2788	0,2063
	35	S	3,059	0,587		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Portanto, com base nos dados coligidos e analisados criteriosamente, foi possível o alcance de nosso objetivo específico de “estabelecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS”, que corresponde, em sua maioria, a mulheres por volta dos 30 anos de idade, casadas, cumprindo carga horária que extrapola o total de 40 horas semanais e exercendo suas atividades profissionais, sobretudo, em hospitais públicos. Trata-se de uma maioria que possui cursos de especialização *lato sensu* e contratos de trabalho de acordo com os termos da CLT, conforme ilustra a Tabela 6.

**Tabela 6**– Resumo das categorias de caracterização do perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS.

<b>Categoria</b>	<b>Alternativas</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
Sexo	Feminino	130	79,8%
	Masculino	33	20,2%
Estado Civil	Casado	86	52,8%
	Solteiro	66	40,5%
	Separado	9	5,5%
	Viúvo	2	1,2%
Carga horária	Até 40 h	78	47,9%
	Mais de 40 h	85	52,1%
Tipo de vínculo	CLT	140	85,9%
	Efetivo	23	14,1%
Titulação	Graduado	50	30,9%
	Especialista	106	65,4%
	Mestre	6	3,7%
Outro vínculo Empregatício	Sim	33	20,2%
Hospital	Particulares	43	26,5%
	Filantrópico	40	24,5%
	Público	80	49,0%

Fonte: Dados da pesquisa.

## 5.2 Inventário do Raciocínio Diagnóstico (DTI)

O raciocínio clínico é a destreza de julgar fazendo uso das faculdades e qualidades mentais através das funções cognitivas em prol do paciente que está sob os seus cuidados. O enfermeiro faz uso do conhecimento mais nobre em razão de seu cliente, família e sociedade, com olhar holístico na promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde.

O *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI) é um instrumento mutuamente excludente em que, a partir do momento que o participante apresente a tendência a concordar mais com uma das respostas possíveis, já está excluindo a outra, independentemente do grau dessa concordância. Assim, foi solicitado a cada participante que respondesse da forma mais espontânea que pudesse, indicando sua *provável* conduta na situação descrita, isto é, aquela que possivelmente aconteceria mais frequentemente, ainda que não tivesse experiência específica na situação, limitando-se a escolher sempre entre as alternativas apresentadas mesmo que pudessem existir outras opções.

Como explanado brevemente em ocasião anterior, por se tratar de um instrumento que é respondido mediante a opção por um único item de uma escala do tipo diferencial semântico, cujos escores médios (total ou por domínios) variavam de 1 a 6, os itens estavam distribuídos de forma aleatória, não havendo respostas erradas ou certas, mas a gradação mais ou menos próxima de cada extremo poderia variar ora à esquerda, ora à direita da escala. Desse modo, as respostas aos itens foram analisadas por atribuição de valor, segundo cada extremo da escala e conforme o que se desejava avaliar. Nessa situação, foi observado que 34,14% dos participantes do estudo tenderam a aproximar-se mais da primeira afirmação, enquanto 65,86% tenderam a aproximar-se mais da segunda afirmação.

Tais dados se assemelham aos achados da pesquisa de Sobral (2001), quando utilizou o DTI e averiguou a sua utilidade na avaliação da maturação do processo de diagnóstico clínico em conexão com percepções sobre o aprendizado na formação médica.

A essência do conhecimento clínico é o sujeito, tanto para os enfermeiros atuantes na rede de atenção hospitalar quanto para aqueles da rede de atenção primária à saúde. O diferente é o próprio elemento/sujeito a que se quer conhecer/entender através do arranjo do conhecimento que será condicionado por ele. Portanto, o enfermeiro precisa organizar suas ações por meio do conhecimento clínico, condicionando-as ao cuidado do seu paciente com as necessárias e suficientes qualidade e segurança (CEZAR-VAZ, 2010).

Mediante as respostas ao *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI), buscou-se alcançar os seguintes objetivos específicos: 1) verificar as contribuições do Inventário do Raciocínio Diagnóstico (DTI) na identificação da performance da prática clínica dos enfermeiros de Dourados/MS; 2) identificar as facilidades e dificuldades encontradas

para o desenvolvimento do raciocínio clínico por esses enfermeiros e 3) evidenciar elementos necessários à promoção de uma cultura de segurança que contribua para um cuidado de maior qualidade e com menores riscos ao paciente, mediante a incorporação do conhecimento clínico e utilização do raciocínio clínico desses enfermeiros na realização do trabalho.

### **5.2.1 Contribuições do Inventário do Raciocínio Diagnóstico na identificação da performance da prática clínica dos enfermeiros de Dourados/MS**

Quando comparados os resultados do *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI) e a idade, renda mensal, tempo de profissão e o tempo de instituição, optou-se pelo cruzamento dessas mesmas variáveis na correlação contínua, motivo pelo qual foi aplicado o teste t-Student para comparar duas amostras, no caso, a flexibilidade do pensamento e a estrutura do conhecimento na memória, com 95% de intervalo de confiança na detecção de diferença estatística significativa.

Foi realizado o teste *t* de Student para verificar se existia correlação entre as variáveis: idade, renda mensal, tempo de profissão e o tempo de instituição com cada domínio do DTI. Para *flexibilidade de pensamento* se obteve para idade o valor de  $p=0,9512$  e  $t=0,0612$ ; para renda mensal  $p=0,0088$  e  $t=-2,6534$ ; já para tempo de profissão obteve-se o valor de  $p=0,0651$  e  $t=-1,857$  e, quando verificado para tempo na instituição,  $p=0,1766$  e  $t=-1,3573$ .

Quando os mesmos testes foram realizados, porém, nas questões de domínio de *estrutura do conhecimento na memória*, na variável idade obteve-se o valor de  $p=0,4227$  e  $t=-0,8038$ ; na renda mensal  $p=0,0132$  e  $t=-2,5068$ ; quando verificado o tempo de profissão obteve-se o valor de  $p=0,1985$  e  $t=-1,291$  e, finalmente, o tempo na instituição indicou o valor de  $p=0,4882$  e  $t=-0,6947$ .

Na pesquisa de Rodrigues (2012), intitulada “O Raciocínio Diagnóstico de Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem”, foi utilizado esse mesmo instrumento, não sendo encontrada diferença nos escores médios de flexibilidade do pensamento. Porém, no presente estudo, quando foi testada a existência de correlação entre renda mensal e cada um dos domínios das questões do DTI, identificou-se significância estatística da flexibilidade do pensamento como valor de  $p=0,0088$ , com um coeficiente de correlação de  $-0,2131$ , o que indica, por ser negativo, que as variáveis são inversamente



correlacionadas; a estrutura de conhecimento na memória indicou-se como valor de  $p=0,0132$ , com um coeficiente de correlação de  $-0,2018$ , o que indica, por ser negativo, que as variáveis são inversamente correlacionadas, como é possível observar na Tabela 7.

**Tabela 7**– Resultados do teste *t*-Student nos domínios de Flexibilidade de pensamento e Estrutura do conhecimento na memória, em função das variáveis: idade, renda mensal, tempo de profissão e tempo na instituição.

Variáveis	Domínios DTI	T	P
Idade	Flexibilidade	0,0612	0,9512
	Estrutura	-0,8038	0,4227
Renda Mensal	Flexibilidade	-2.6534	0,0088
	Estrutura	-2.5068	0,0132
Tempo de Profissão	Flexibilidade	-1,857	0,0651
	Estrutura	-1,291	0,1985
Tempo na Instituição	Flexibilidade	-1,3573	0,1766
	Estrutura	-0,6947	0,4882

Legenda: IC = intervalo de confiança; t = teste t – student; p = valor de *p*.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com essa pesquisa foi possível conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS e, em especial, dados relativos à variável renda, que oscilou de 2,38% a 17,04% salários mínimos, ou seja, de R\$ 2.100,00 a R\$ 15.000,00. Essa variável foi categorizada em quatro grupos, sendo de 1 a 5 salários mínimos, de 6 a 10 salários mínimos, de 11 a 15 salários mínimos e 16 ou mais salários mínimos<sup>3</sup>.

Aqueles que recebem de 1 até 5 salários mínimos perfizeram 57,74% dos participantes do estudo; os que recebem entre 6 e 10 salários mínimos perfizeram 39,44%; os que recebem entre 11 e 15 salários mínimos perfizeram 1,41% e os que recebem 16 ou mais salários mínimos totalizaram 1,41% dos enfermeiros participantes da pesquisa. Realizado o teste de Tukey, que contrasta as faixas salariais duas a duas ao nível de 5% de significância, observou-se que o grupo que se diferenciou de todos os

<sup>3</sup> Para fins de cálculo e estabelecimento das categorias deste estudo considerou-se o valor de R\$880,00 (oitocentos e oitenta reais) como salário mínimo vigente em 2016. Cf. BRASIL. *Decreto nº 8.618, de 29 de dezembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo*. Brasília (DF): Presidência da República, 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/decreto/D8618.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/D8618.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2016.

outros foi o dos participantes que ganham 16 ou mais salários mínimos, que são trabalhadores de uma instituição pública federal.

Analisou-se a similaridade na resposta de todos os enfermeiros utilizando o método não paramétrico multivariado (permanova), que indicou entre as *titulações* (apenas graduados, especialistas e mestres) o valor de  $p=0,5604$  e  $F=0,89$ , enquanto que para a variável *experiência profissional* de vínculos profissionais anteriores com outras instituições, ou seja, que já tinham atuado como enfermeiros em outras instituições de saúde encontramos o valor de  $p=0,3294$  e  $F=0,959$ . Na *formação acadêmica* (no estado de Mato Grosso do Sul e fora do estado de Mato Grosso do Sul) encontramos o valor de  $p=0,2269$  e  $F=1,474$ . Na variável *idade* encontramos o valor de  $p=0,9688$  e  $F=0,9688$ . Todas essas variáveis foram cruzadas com os domínios do DTI, sendo possível afirmar, com intervalo de confiança de 95%, que há diferença estatística na variável *hospital*, que obteve o valor de  $p=0,0387$  e  $F=2,298$ , como é possível evidenciar na Tabela 8.

**Tabela 8**– Resultado da análise de variância (ANOVA) da flexibilidade em função das variáveis: hospitais, titulação, salário, formação, idade e experiência profissional.

	Variáveis	G.L	Sum Sq	MeanSq	F	P
<b>Flexibilidade</b>	Hospitais	6	3.230	0.5383	2.298	0,0387
	Titulação	2	0.484	0.1614	0,689	0,5604
	Formação	1	0.345	0.3454	1.474	0,2269
	Idade	1	0.000	0.0004	0.002	0,9688
	Exp. Profissional	1	0.225	0.2246	0.959	0,3294

Legenda: **G.L.** – grau de liberdade; **Sum Sq** – Soma dos quadrados; **MeanSq** – Quadrado médio; f - o teste de variância.; p – p valor.

Fonte: Dados da pesquisa.

Como foi possível identificar, para verificar a significância estatística na variável *hospital* realizou-se o teste de Tukey e os domínios de flexibilidade de pensamento entre enfermeiros dos diferentes hospitais da cidade de Dourados/MS, e de estrutura do conhecimento na memória das questões do DTI. Com uma margem de erro de 5% é possível afirmar que não há diferença estatística significativa entre esses diferentes hospitais, elencados a seguir na Tabela 9.

**Tabela 9** – Hospitais do município de Dourados/MS com os respectivos números de leitos, total de Enfermeiros, total de participantes que compuseram a amostra do estudo e número de leitos por Enfermeiro.

Hospitais de Dourados/MS*	Leitos	Total de Enfermeiros	Enfermeiros na amostra	Leito/Enfermeiro
H Guarea macriphylla	150	61	36	2,65
H Pouteria beaurepairei	72	6	4	12
H Cordia superba	79	21	16	3,76
H Virola oleifera	69	22	16	3,14
H Plinia edulis	60	19	11	3,16
H Aniba firmula	65	30	17	2,10
H Ficus enormis	188	151	63	1,24
<b>Total</b>	<b>683</b>	<b>310</b>	<b>163</b>	-

\* Para preservar o anonimato dos participantes deste estudo optou-se pela substituição dos nomes reais das instituições por nomes de espécies vegetais.

Inicialmente, cruzaram-se as respostas dos participantes da pesquisa dos domínios de seis hospitais, excluindo-se o Hospital Pouteria beaurepairei. Considerando 95% de intervalo de confiança não se constatou diferença estatística significativa entre essas seis instituições.

Posteriormente, foram analisadas as respostas dos domínios de estrutura do conhecimento na memória entre os participantes do Hospital Pouteria beaurepairei junto aos outros seis hospitais e, nesta operação, detectou-se diferença estatística das demais instituições entre as questões do DTI. Como será possível observar mais adiante, as respostas dos participantes do Hospital Pouteria beaurepairei obtiveram resultados diferentes da média dos outros hospitais da pesquisa, apresentando a média de 2,5 de um intervalo de 1 a 6, enquanto a média geral foi de 3,3 para as demais instituições.

Rodrigues (2012), no estudo que realizou sobre o conhecimento clínico entre enfermeiros e estudantes de enfermagem com o uso do DTI, identificou a média de 4,2. Lembra-se que as médias entre seus participantes indicam que quanto maior o valor da resposta atribuída na escala, mais positiva ou adequada é a resposta esperada em relação ao item de um intervalo de 1 a 6. Realizou-se o teste Tukey para comparar as médias que servem como um complemento para o estudo da Análise de Variância (ANOVA). Os resultados obtidos constam na Tabela 10.

**Tabela 10** – Resultado do teste de Tukey comparando a estrutura de conhecimento na memória entre os diferentes hospitais.

	Hospitais	Diferença	IC inferior	IC superior	P
	H Aniba– Plinia	0,14294118	-0,41517938	0,7010617	0,9878055
	H Guarea – H. Virola	0,03694853	-0,38762816	0,4615252	0,9999737
	H Plinia – H Virola	0,10687500	-0,45766833	0,6714183	0,9976387
	H Aniba – H Virola	0,24981618	-0,23798530	0,7376177	0,7257986
	HPlinia – H Guarea	0,14382353	-0,35997567	0,6476227	0,9786277
	H Aniba – H Guarea	0,28676471	-0,12923379	0,7027632	0,3816255
	H Aniba – H Ficus	0,31856618	-0,06355284	0,7006852	0,1697277
<b>Estrutura</b>	H Plinia – H Ficus	0,17562500	-0,30058276	0,6518328	0,9265029
	H Virola H Ficus	0,06875000	-0,32269037	0,4601904	0,9984498
	H Guarea – H Ficus	0,03180147	-0,26540221	0,3290052	0,9999111
	H Aniba – H Cordia	0,34356618	-0,14423530	0,8313677	0,3549696
	H Plinia – H Cordia	0,20062500	-0,36391833	0,7651683	0,9379678
	H Virola – H Cordia	0,09375000	-0,40138725	0,5888873	0,9976367
	H Guarea – H Cordia	0,05680147	-0,36777522	0,4813782	0,9996733
	H Ficus – H Cordia	0,02500000	-0,36644037	0,4164404	0,9999958

Legenda: **Sum Sq** – Soma dos quadrados; **MeanSq** – Quadrado médio. Quando o zero (0) está contido entre o intervalo de confiança inferior e superior é possível afirmar com 95% de intervalo de confiança que não há diferença estatística significativa.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando cruzadas as respostas das questões do domínio de estrutura do DTI dos participantes do Hospital Pouteria beaurepairei e do Hospital Cordia superba, encontramos um IC inferior a 0,01399427 e IC superior a 1,5797557, e valor de  $p=0,0431175$ ; quando cruzadas as respostas das questões do domínio de estrutura do DTI dos participantes do Hospital Pouteria beaurepairei com as respostas do Hospital Ficus enormis, encontramos um IC inferior a 0,10009463 e IC superior a 1,5436554 e o valor de  $p=0,0146650$ .

Posteriormente, cruzaram-se as respostas das questões do domínio de estrutura do DTI dos participantes do Hospital da Pouteria beaurepairei com as respostas do Hospital Guarea macriphylla, encontrando-se um IC inferior a 0,11340172 e IC superior a 1,5939512, e valor de  $p=0,0127715$ . Ainda, fazendo uso das respostas das questões do domínio de estrutura do DTI dos participantes do Hospital da Pouteria beaurepairei com as respostas dos participantes do Hospital da Virola oleifera encontramos um IC inferior a 0,10774427 e IC superior a 1,6735057, o valor de  $p=0,0148116$ .

Outra vez cruzadas as respostas das questões do domínio de estrutura do DTI dos participantes do Hospital da Pouteria beaurepairei com as respostas dos

participantes do Hospital do Plinia edulis foi possível achar um IC inferior a 0,16897691 e IC superior a 1,8260231, e valor de  $p=0,0077662$ . Finalizando as observações das respostas dos enfermeiros do Hospital da Pouteria beaurepairei nos domínios de estrutura do DTI e as respostas dos participantes do Hospital da Aniba firmula obtiveram-se um IC inferior a 0,36217925 e IC superior a 1,9187031, com o valor de  $p=0,0004389$ . Com esses resultados apresentados, em que foi evidenciado o valor de  $p$  inferior a 0,05, é possível afirmar com 95% de intervalo de confiança que há diferença estatística entre as respostas dos enfermeiros do Hospital da Pouteria beaurepairei e dos enfermeiros dos outros seis hospitais já mencionados, como pode ser observado na Tabela 11.

**Tabela 11** – Resultados do teste de Tukey comparando a estrutura entre os hospitais: apenas os pares com diferença significativa.

	Hospitais	Diferença	IC inferior	IC superior	P
<b>Estrutura</b>	H Pouteria – Cordia	0,79687500	0,01399427	1,57975557	0,0431175
	H Pouteria – H Ficus	0,82187500	0,10009463	1,5436554	0,0146650
	H Pouteria – H Guarea	0,85367647	0,11340172	1,5939512	0,0127715
	H Pouteria – H Virola	0,89062500	0,10774427	1,6735057	0,0148116
	H Pouteria – H Plinia	0,99750000	0,16897691	1,8260231	0,0077662
	H Pouteria – H Aniba	1,14044118	0,36217925	1,9187031	0,0004389

Legenda: **Sum Sq** – Soma dos quadrados; **MeanSq** – Quadrado médio;.

Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir são apresentadas algumas diferenças possíveis de identificar entre os participantes da pesquisa em geral e os participantes desse Hospital. Enquanto 79,8% dos participantes são do sexo feminino, no hospital da Pouteria beaurepairei, 50% dos participantes são do sexo feminino. O valor médio do salário dos pesquisados ficou em R\$ 4.319,93, enquanto a média de salário dos participantes desse Hospital ficou em R\$2.930,33. Portanto, em percentuais, os enfermeiros do Hospital da Pouteria beaurepairei ganham 30,9% menos que a média dos outros hospitais, não esquecendo que 43,8% dos enfermeiros participantes ganham mais de R\$ 5.000,00, chegando a até R\$ 15.000,00 mensais.

Comparando no grande grupo, 3,7% são mestres, 30,9% são apenas graduados e 65,4% são especialistas, enquanto 100% dos enfermeiros participantes que trabalham no Hospital da Pouteria beaurepairei têm somente a graduação. O tempo de atuação dentro

da mesma instituição variou de 3 a 230 meses (de 3 meses a 19 anos) no grande grupo, enquanto que os pesquisados desse Hospital têm um tempo de atuação com uma variação de 3 a 30 meses. Isto é, os participantes do Hospital da Pouteria beaurepairei, têm o correspondente a 13,04% do “Tempo de Instituição”, quando comparados aos participantes dos outros hospitais.

Outro resultado encontrado aponta que, dos enfermeiros do grande grupo, 20,2% possuíam outra atividade laboral, índice que foi de 75% quanto aos participantes do Hospital da Pouteria beaurepairei. Foi possível observar o quão era jovem esse grupo que apresentou diferença, pois, enquanto a média de idade no grande grupo foi de 32,7 anos, a média de idade dos participantes desse Hospital era de 26,5 anos.

Também foi usado o teste de Análise de Variância (ANOVA), cruzando as respostas dos participantes da pesquisa nos domínios do questionário DTI para flexibilidade de pensamento e estrutura do conhecimento na memória, com a variável salário. Quanto aos resultados da flexibilidade, obtiveram-se o resultado de  $F=2,5726$  e valor de  $p=0,0399$ . Quanto aos resultados de estrutura, obtiveram-se os valores de  $F=3,1994$  e  $p=0,0147$ . Considerando esses resultados, é possível afirmar, com 95% de intervalo de confiança, que há diferença estatística entre os domínios do questionário DTI para flexibilidade do pensamento e estrutura do conhecimento na memória e a variável salário, como é possível verificar na Tabela 12.

**Tabela 12** – Resultado da análise de variância (ANOVA) da flexibilidade das faixas salariais: até 5; 6 até 10; 11 até 15; 16 ou mais; Não responderam.

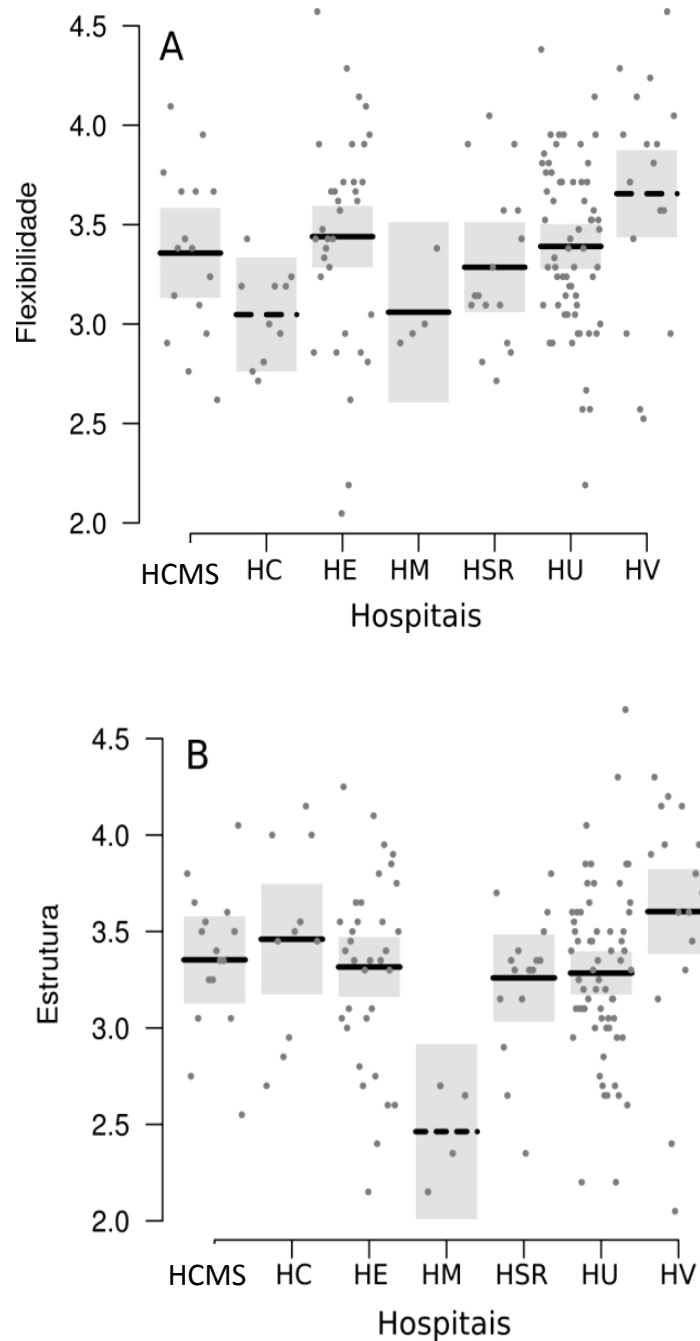
	Variáveis	G.L	Soma dos quadrados	Média dos quadrados	F	p
<b>Flexibilidade</b>	Faixa salarial	4	4,013	1,0033	2,5726	0,0399
<b>Estrutura</b>			4,394	1,09861	3,1994	0,0147

Legenda: **G.L.** – grau de liberdade; **F** - o teste de variância; **p** – p valor.

Fonte: Dados da pesquisa.

Para a estrutura do conhecimento na memória também foi constatada diferença significativa ( $F=3,536$ ;  $p=0,00267$ ), sendo que o Hospital da Pouteria beaurepairei é o que difere dos demais, através do teste de Tukey, apresentando a menor média de estrutura (Gráfico 1-B).

**Gráfico 1** – Média e Intervalo de Confiança para Flexibilidade (A) e Estrutura (B) em relação aos hospitais de Dourados/MS. Fonte: Dados da pesquisa.



### **5.3 Facilidades e dificuldades no desenvolvimento do raciocínio clínico por parte dos enfermeiros.**

Delineado o perfil sociodemográfico dos participantes – enfermeiros atuantes em hospitais públicos, filantrópicos e privados do município de Dourados/MS – e discutidas as contribuições advindas do uso do inventário do raciocínio diagnóstico (DTI) na identificação da performance da prática clínica desses profissionais, torna-se um imperativo a reflexão sobre o desenvolvimento do raciocínio clínico, ao longo das ações tomadas por enfermeiros como um esforço para identificar facilidades e dificuldades enfrentadas.

Sem dúvida, um enfermeiro com *conhecimento clínico* diferenciado tem o potencial de desempenhar papel significativo na garantia da entrega de serviços de saúde de alta qualidade e seguros para os cidadãos. Entretanto, conforme apontam estudos, estes profissionais têm enfrentado inúmeras batalhas para obter o reconhecimento profissional da área de seu domínio e o devido retorno financeiro, considerando o seu investimento na formação e qualificação profissional.

Constata-se que a indústria de cuidados de saúde nem sempre parece compreender o valor e o potencial de enfermeiros especialistas. pois, alguns mercados de saúde vêm atribuindo-lhe o desempenho de variadas atividades, muitas vezes, desconsiderando sua qualificação para atuar como provedor independente de cuidados, *expert* em clínica e educador, enquanto outros vêm limitando a possibilidade do uso dos seus conhecimentos e habilidades ao exercício de uma única função. Felizmente, embora ainda muito incipiente, em conformidade com seus conhecimentos e qualificação, outros mercados de saúde vêm elevando suas funções para o seu potencial máximo, em que emerge o clínico perito que, por sua vez, vem contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança em saúde, pela implementação de práticas baseadas em evidências no âmbito profissional e atuando como especialista em clínicas profissionais em diferentes domínios, incluindo os níveis primário, secundário e terciário do sistema de saúde (GORDON; LORILLA; LEHMAN, 2012).

Destaca-se que a clínica constitui-se em um arcabouço de ciência que gera sustentação ao trabalho da Enfermagem. No entanto, fica evidente o fato de ser ainda pouco investigada, tanto no ensino quanto no fazer da prática assistencial e na pesquisa em Enfermagem (SOUSA et AL., 2011). Por esse motivo, a realização desta fase da presente pesquisa objetivou, então, conhecer possíveis barreiras e facilitadores para o



uso do raciocínio clínico pelos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados/MS, considerando que a sua rede hospitalar é reconhecida como referência regional, abrangendo 36 municípios do sul de Mato Grosso do Sul.

A aferição das barreiras e dos facilitadores do uso do raciocínio clínico pelo enfermeiro realizou-se por meio de uma questão estruturada, a partir do enunciado “Assinale uma (1) barreira e uma (1) facilidade encontradas no Quadro 2 para desenvolver o raciocínio clínico”, dentre as seis alternativas de barreiras e seis alternativas de facilitadores a respeito do tema que constavam do referido quadro. Por se tratar de uma única questão, optou-se por inseri-la como um item ao final do Questionário Sociodemográfico (Apêndice K):

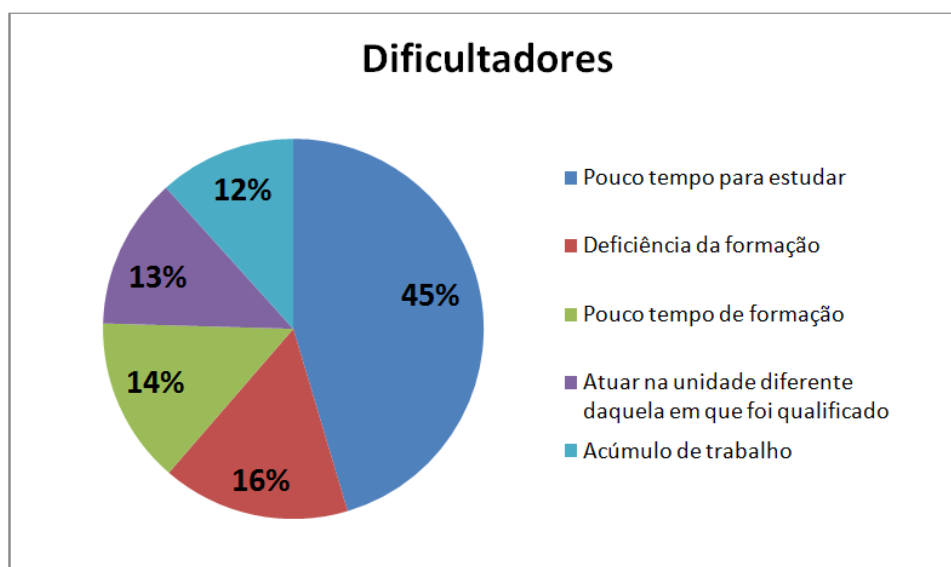
**Quadro 2** – Alternativas relacionadas às facilidades e dificuldades ao desenvolvimento do raciocínio clínico pelo enfermeiro (Elaborado pelo pesquisador, 2015).

Possíveis facilitadores	Possíveis barreiras
Ser assinante de revistas de enfermagem ( )	Pouco tempo para estudar ( )
Participar da educação permanente ( )	Pouco tempo de formação ( )
Participar de congressos, seminários, simpósios de enfermagem etc. ( )	Deficiências da formação ( )
Experiências de outras instituições ( )	Atuarem unidade diferente daquela para a qual foi qualificado ( )
Boa estrutura física e bons recursos humanos ( )	Acúmulo de trabalho ( )
Boa formação acadêmica ( )	Falta de reconhecimento ( )

Como já referido, diferentes fatores prejudicam e/ou dificultam o desenvolvimento do raciocínio clínico, de modo que os estudos consultados corroboram com as respostas obtidas nesta pesquisa. No que se refere aos fatores potencialmente prejudiciais ao desenvolvimento do raciocínio clínico, conforme Quadro 3, os participantes foram instruídos a marcar uma entre as seguintes opções: Pouco tempo para estudar; Pouco tempo de formação; Deficiências da formação; Atuarem unidade diferente daquela para a qual foi qualificado; Acúmulo de trabalho; Falta de reconhecimento.

Entre os itens indicados pelos participantes como barreiras para desenvolver o raciocínio diagnóstico, foram obtidos os seguintes percentuais: 45,39% (74) referiu o “pouco tempo para estudar”; 15,95% (26) apontou a deficiência na formação; “pouco tempo de formação” atingiu 14,12% (23); 12,88% (21) optou por “atuar em unidade diferente daquela para a qual foi qualificado” e; a alternativa “acúmulo de trabalho” obteve 11,66% (19). Por sua vez, a alternativa “falta de reconhecimento” não foi indicada pelos enfermeiros participantes do estudo, como é possível visualizar no Gráfico 2.

**Gráfico 2** – Ocorrências das respostas dos participantes relacionadas às *barreiras* que identificam para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Elaborado pelo pesquisador.



*Pouco tempo para estudar* foi a barreira mais referida na pesquisa perfazendo 45,39% dos participantes. Outra barreira apontada diz respeito à *deficiência na formação* (15,95%), pois a grande maioria dos profissionais de Enfermagem não teve formação pedagógica, ao longo de seu processo de formação.

Os cursos de Enfermagem, nos moldes de bacharelado como vêm sendo oferecidos, visam ao preparo do profissional para atuação nas áreas específicas da saúde, seja em âmbito hospitalar ou de saúde coletiva. É possível considerar que a formação inicial nos cursos de graduação em enfermagem evidencia deficiências quando se trata de formar profissionais enfermeiros para a atividade docente, uma vez que ela se pauta no modelo tecnicista e hospitalocêntrico, que se mantém ainda

divergente das diretrizes atuais que apregoam um movimento para privilegiar um enfoque mais centrado na saúde coletiva decorrente das estratégias governamentais de saúde pública (FERREIRA et al., 2014).

Em estudo que objetivou identificar a formação dos profissionais enfermeiros e sua adequação ao trabalho que realizam, os estudiosos encontraram entre os participantes 53,8% de insatisfeitos que alegaram não considerar que a formação recebida atendia às necessidades de sua atividade de trabalho (BARBERA et al., 2015). No estudo intitulado “Fatores facilitadores e dificultadores da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem”, 79% dos participantes indicaram a falta de tempo como o principal dificultador para realizar a sistematização da assistência de enfermagem, instrumento que corrobora o raciocínio clínico (SOUSA; MARQUES, 2011).

Sobre este tema, Araújo et al. (2012) destacam que a necessidade de buscar conhecimentos científicos, contrair confiança, estabelecer espaços para o diálogo, saber enfrentar os conflitos e envolver os demais trabalhadores nas atividades, além de coordenar e organizar as ações da enfermagem, são algumas das barreiras a serem transpostas pelos enfermeiros mais novos e recém-formados, que enfrentam dificuldades para o exercício da liderança, bem como para a resolução de problemas e conflitos, além da falta de *feedback* sobre suas atitudes, as incertezas e o medo de enfrentar obstáculos e de se posicionar frente à equipe de enfermagem e demais membros da equipe de saúde (ARAÚJO et al., 2012).

Outro achado entre os dificultadores ou barreiras para realizar o raciocínio clínico pode ser sintetizado em “atuar em unidade diferente de sua qualificação” (8,8%). As organizações de saúde têm buscado a melhoria da qualidade assistencial aos usuários dos serviços, o que implica o aprimoramento contínuo de suas práticas e está relacionado, principalmente, com as pessoas e seu desenvolvimento no processo de trabalho (OLIVEIRA et al., 2016). Souza et al. (2015) identificaram que somente 25% dos enfermeiros tinham especialização na área em que atuavam e que, de forma geral, alegaram que se sentiriam menos esgotados emocionalmente se trabalhassem em outra área. O mesmo estudo aponta, ainda, que os aspectos do trabalho que resultaram em menor sobrecarga para os profissionais de Enfermagem foram: desempenhar sua função, a flexibilidade da escala, a tomada de decisão em equipe e a participação em atividades internas e externas à unidade. Esse achado da pesquisa parece não ser, entretanto, um fator isolado, pois Silva et al. (2013), em seu estudo, identificaram que

80,53% dos enfermeiros participantes do seu estudo tinham especialização na área em que atuam.

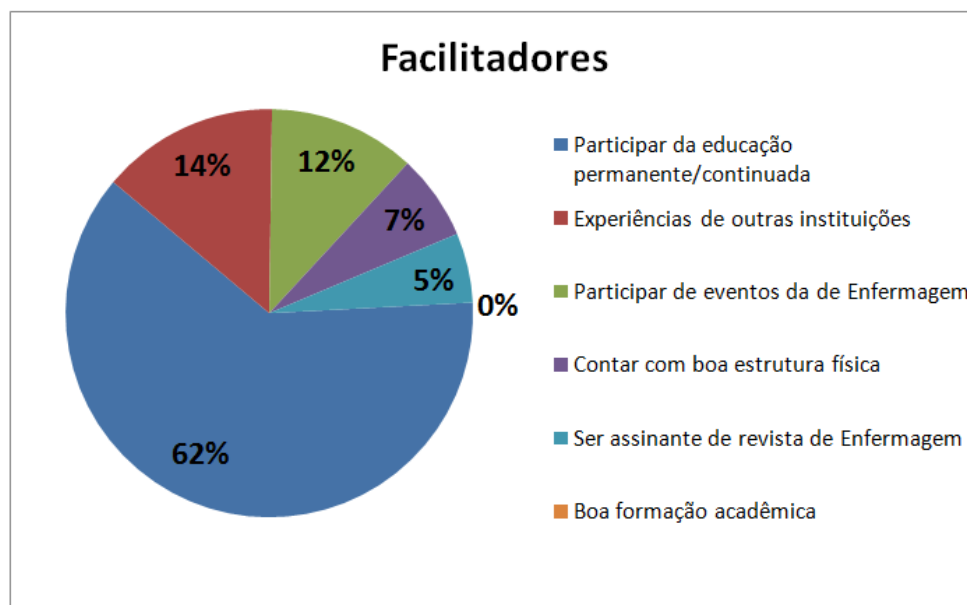
Como qualquer trabalhador, quando ocorre o *acúmulo de trabalho*, os profissionais da saúde costumam apresentar relatos de agravos à sua própria saúde. Angústias, perda de sono, aumento e/ou diminuição de peso corporal, dores e problemas distintos são usualmente verbalizados como possibilidades de serem resultantes do trabalho ou de seu excesso. O acúmulo de trabalho que, na grande maioria, está relacionado com o excesso de trabalho parece favorecer adoecimentos mentais e/ou físicos em trabalhadores relacionados à área da saúde ou a ela afeitos. Facilita, ainda, a ocorrência de absenteísmos, acidentes de trabalho, erros de medicação, exaustão, sobrecarga laboral e ausência de lazer (ROBAZZI et al., 2012).

Assim como foi possível verificar que a maioria predominante dos participantes era do sexo feminino, com dupla ou tripla jornada de atividades, pôde-se inferir a ausência de motivação tanto individual quanto coletiva. Além disso, não raramente as precárias condições de trabalho culminavam em falta de recursos materiais e humanos não contribuindo para a prática do uso raciocínio clínico na maioria das situações. Quando havia diálogo, não raramente eram descontraídos entre os membros das equipes de enfermagem e de saúde. Embora grandes responsabilidades dos hospitais sejam delegadas e fiquem nas mãos dos enfermeiros que exercem a liderança de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem,, porém, percebem-se pouco valorizados tecnicamente e financeiramente dentro da instituição de saúde.

Neste contexto, apesar de ser uma das alternativas, a *falta de reconhecimento profissional* não foi apontada pelos enfermeiros participantes da pesquisa, que não a identificaram como uma barreira. No estudo “Prazer e sofrimento em trabalhadores de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva”, Shimizu et al. (2011) alertaram para os níveis críticos encontrados quanto à falta de reconhecimento.

No que se refere aos fatores potencialmente favorecedores do raciocínio clínico, conforme Quadro 3, os participantes foram instruídos a marcar uma entre as seguintes opções: “Ser assinante de revista da enfermagem”, “Participar da educação permanente”, “Participar de congressos, seminários, simpósios de enfermagem etc.”, “Experiências de outras instituições”, “Boa estrutura física e bons recursos humanos” e “Boa formação acadêmica” como é possível visualizar no Gráfico 3.

**Gráfico 3** – Ocorrências das respostas dos participantes relacionadas aos **facilitadores** que identificam para o desenvolvimento do raciocínio clínico. Elaborado pelo pesquisador.



Processos de **educação permanente** consistem em um programa de formação e desenvolvimento dos recursos humanos que objetiva manter a equipe em constante processo educativo com a finalidade de aprimorar as habilidades e competências dos indivíduos envolvidos e, conseqüentemente, melhorando a qualidade e a segurança da assistência prestada aos usuários. Trata-se de uma prática, na qual o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores é fundamental para o seu aperfeiçoamento, bem como para uma maior visão da realidade em que estão inseridos, visando à construção de conhecimentos.

Para os participantes desta pesquisa a presença em processos de educação permanente obteve o percentual mais elevado de impacto (61,96%) entre os facilitadores para desenvolver o raciocínio clínico. A educação permanente oportuniza, portanto, o aprendizado do pessoal de enfermagem, porém, os conteúdos devem considerar a realidade, o cotidiano do trabalho, as necessidades do profissional, do setor de trabalho, da instituição e a evolução tecnológica (SILVA et al., 2009).

Na pesquisa intitulada “Relato de aprendizes”, Martins et al. (2006) evidenciaram que tais eventos vêm sendo indicados como uma das necessidades mais prementes aos profissionais de saúde, considerando-se que a instituição hospitalar também é uma instituição de ensino e que a enfermagem comporta em seu organograma

o curso de aprimoramento em Enfermagem cardiovascular, na modalidade de residência, cuja preceptoria é realizada pelos enfermeiros chefes do setor e pelos enfermeiros que, respeitando os critérios da preceptoria, compõem o seu corpo docente teórico e prático.

Em se tratando especificamente dos facilitadores para desenvolver o raciocínio clínico, pesquisadores afirmam que a Enfermagem é uma profissão que necessita estar em constante aprimoramento, visto que os avanços tecnológicos vêm criando espaço e desafiando paradigmas da profissão, desconstruindo a realidade e o contexto na qual está inserida (SANTOS et al., 2010). No presente estudo, os participantes elegeram a *educação permanente* (incluindo-se aí, congressos, seminários e simpósios) como sendo um dos facilitadores para desenvolver o raciocínio clínico. A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu autoaprimoramento, direcionando-o à busca das competências pessoal, profissional e social como metas a serem seguidas por toda a sua vida. A diversidade de informações, bem como a ampla gama de necessidades de conhecimento nas mais diversas áreas, leva à constatação de que seria tarefa quase impossível para a educação formal garantir uma adequada formação ao sujeito. Neste sentido, ela é um compromisso pessoal a ser apreendido, conquistado com as mudanças de atitudes decorrentes das experiências vividas, por meio da relação com os outros, com o meio e com o trabalho, buscando a transformação pessoal, profissional e social (PASCHOAL et al., 2007).

Com as mudanças ocorridas no decorrer dos anos 1990 pela regulamentação do Sistema Único de Saúde e, nos anos 2000, pela instituição da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), o compromisso com a educação dos trabalhadores da saúde passou a ser repensado e se estabeleceu como Educação Permanente em Saúde, que visa a ultrapassar saberes clássicos e verticais, porque impostos e fragmentados e sustentados por um paradigma biomédico em nome do foco unicamente na atualização profissional (BARTH et al., 2014).

Atualmente, a educação permanente é vista como uma estratégia para a qualificação dos profissionais, aliando o aprendizado à prática diária das organizações e incentivando transformações nas estratégias educativas. Foca, assim, a prática como oriunda do conhecimento e coloca o profissional a atuar ativamente nesse processo. O processo da educação permanente é uma competência do enfermeiro que deve ser

desenvolvida, a fim de tornar segura e melhorar a qualidade da assistência prestada ao cliente (SILVA et al., 2014).

Nas instituições hospitalares, a enfermagem desempenha importante papel na preparação da infraestrutura para a realização segura e eficaz dos procedimentos médicos e de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação preventiva, ambas visando ao autocuidado e facilitando a reintegração social do paciente.

Outro facilitador selecionado pelos participantes do estudo foi a *assinatura de periódicos da enfermagem*, que atingiu 5,52% da preferência dos enfermeiros. Estudiosos, em pesquisa realizada com profissionais da saúde, constataram que 10,1% dos enfermeiros declararam assinar algum periódico da área da saúde, e 31,6% dos profissionais afirmaram assinar algum periódico da área específica (CORRÊA et al., 2012).

Os enfermeiros evidenciaram aspectos facilitadores, em relação à estrutura física das unidades de saúde em que trabalham, enfatizando a climatização das salas e sua disponibilidade, visto serem as condições e o espaço exigidos para uma dada ação assistencial específica. A *boa estrutura física* obteve 6,78% dos votos selecionados pelos participantes, facilitador que influencia positivamente as práticas do enfermeiro, possibilitando a sua realização com a qualidade técnica requerida. Logo, as condições de estrutura devem também incluir boas condições para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, de promoção da saúde e de prevenção de agravos, propiciando a ampliação das possibilidades de atuação do enfermeiro, dentro da própria unidade.

A análise das percepções de enfermeiros quanto à influência da infraestrutura em suas práticas reforça a forte relação existente entre disponibilidade/indisponibilidade, benefícios/prejuízos e a efetivação/não efetivação das práticas do enfermeiro e da assistência como um todo (PEDROSA et al., 2011). Dentre as cargas de desgastes, em um estudo realizado por Souza et al. (2015) prevaleceram algumas relacionadas à estrutura física (19,4%), à jornada e dinâmica de trabalho (13,9%), ao esgotamento mental (13,8%), ao medo de agressão física (11,1%) e às agressões verbais (11,1%).

A prestação de serviços de saúde, dessemelhante de diferentes campos produtivos, ainda não conseguiu inovar os recursos humanos por instrumentos ou robôs que possam assegurar a assistência ao paciente. O aparecimento de inúmeras tecnologias tem contribuído no monitoramento mais rigoroso das condições clínicas dos assistidos, assim como na precisão das intervenções terapêuticas, gerando a necessidade

de maior qualificação dos profissionais para a sua incorporação eficaz, sem causar impacto na diminuição de trabalhadores necessários para operá-las (MAGALHÃES et al., 2009); disso decorre o fato de os profissionais mencionarem a formação do enfermeiro praticante no campo hospitalar como diretamente pautada na sua experiência assistencial. Os resultados do método formativo podem ser mais ou menos fecundos, de acordo com a intensidade e fundamentação teórica que dão base à reflexão sobre as obras (ASSED; VIANA, 2003).

Uma alternativa que constava no grupo de facilitadores e que, porém, não foi eleita pelos participantes é “*boa formação acadêmica*”, sendo este um facilitador do qual não se pode prescindir para desenvolver o raciocínio clínico. As novas configurações do mundo globalizado e seu acelerado processo de modernização científica e tecnológica vêm demandando novas formas de construção do conhecimento, pressionando mudanças no processo de formação de profissionais competentes para o atendimento à saúde da população.

Essa necessidade de mudança decorre de elementos, tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e as exigências no perfil de novos profissionais voltados para a transdisciplinaridade na produção do conhecimento. Ainda, o processo de formação do enfermeiro vem sofrendo transformações ao longo dos anos, estando a trajetória e o perfil dos egressos sempre atrelados ao modelo político-econômico-social vigente do país. Essa trajetória, contudo, não se deu de forma linear, pois encontrou desafios que foram superados nos limites conjunturais de cada momento histórico da sociedade (SILVA et al., 2010).

Em uma pesquisa sobre a prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico, foi destacado pelos estudiosos que o papel do instrumentador deveria ser exercido, exclusivamente, por enfermeiros por serem estes os profissionais com conhecimento mais abrangente para o exercício desta função. O enfermeiro é o profissional habilitado para planejar e aplicar os cuidados ao paciente, devido à sua formação acadêmica, por isso, a importância de sua participação efetiva em campo. A harmonia durante o procedimento cirúrgico, bem como o seu sucesso, depende de um instrumentador bem preparado e conhecedor do procedimento e da equipe com que trabalha. Esse preparo passa pela formação acadêmica do enfermeiro, nas aulas de anatomia, fisiologia, patologia e de enfermagem médico-cirúrgica, que oferecem suporte para uma assistência com bases científicas (GOMES et al., 2013).



Na pesquisa intitulada “Formação de enfermeiros: distanciamento entre graduação e a prática profissional”, os pesquisadores mencionam que, ao serem averiguados sobre seus afazeres do cotidiano e a relação que os aproximaram do ensino da graduação, assumiram que existiram diversas situações em que diferenças expressivas entre o ideal da formação e o real da prática surgem no dia a dia do trabalho. A formação deixa brechas, ao não descobrir as potencialidades que são necessárias à atividade profissional. Destacam, ainda, a dificuldade de integração entre as disciplinas da graduação e a prática profissional, em que prevalecem os cuidados fragmentados, sem reflexão crítica, isto é, não visando à resolução de problemas. Mencionam que a própria universidade contribui para esta fragmentação do saber, ao dispor a construção do conhecimento disperso em disciplinas organizadas, a partir do modelo biomédico. As disciplinas profissionalizantes reproduzem, assim, o modelo saber-fazer, sem articulação entre os conteúdos (TREVISAN et al., 2013).

#### **5.4 A promoção de uma cultura de segurança: o cuidado de qualidade e com menores riscos ao paciente**

Em decorrência dos avanços tecnológicos, a partir da inserção de diferentes e mais sofisticados equipamentos e de novos medicamentos nos prontos socorros, unidades de terapia intensiva, centros cirúrgicos, entre outras unidades e serviços hospitalares, o hospital tornou-se cada vez mais um ambiente inseguro. Assim, hospitais lotados, insuficiência de leitos e de profissionais, muitas vezes, com mais de uma jornada de trabalho e, principalmente, a ausência de material para realizar as ações de saúde são alguns dos fatores que auxiliam no aumento do risco de ocorrência de eventos adversos, comprometendo, ainda mais, a segurança do paciente.

Além disso, ainda há o despreparo de alguns profissionais de saúde, os quais entram em contato direta e indiretamente com os pacientes, podendo induzir ao erro humano e causar danos de curto, médio ou longo prazos. Estes são alguns dos principais motivos da ocorrência de riscos que podem causar uma lesão para o resto da vida ou, em alguns casos, até mesmo levar à morte. Com a finalidade de contribuir com a temática da segurança do paciente, este subcapítulo visou a alcançar o objetivo proposto de **evidenciar elementos necessários à promoção de uma cultura de segurança** que contribua para um cuidado de maior qualidade, garantindo menores riscos ao paciente,

mediante a incorporação do conhecimento clínico e a utilização do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização do trabalho.

No questionário sociodemográfico elaborado, havia questões a respeito da segurança na assistência prestada por profissionais de medicina, fisioterapia e enfermagem que entram em contato direto com os pacientes, na visão do enfermeiro. As questões que constam no corpo do questionário (Apêndice K) estão especificadas no Quadro 3 apresentado a seguir:

**Quadro 3** – Recorte do questionário sociodemográfico com enfoque na percepção do enfermeiro quanto à segurança do paciente. Elaborado pelo autor.

Questões	Alternativas possíveis	
Você se sente seguro com sua assistência prestada ao seu paciente?	( ) Sim	( ) Não
Em que área você observa que o paciente está menos seguro?	<input type="checkbox"/> Procedimento médico <input type="checkbox"/> Procedimento de enfermagem <input type="checkbox"/> Procedimento de fisioterapia <input type="checkbox"/> Cuidados médicos <input type="checkbox"/> Cuidados de enfermagem <input type="checkbox"/> Cuidados de fisioterapia	<input type="checkbox"/> Prescrição <input type="checkbox"/> Prescrição de Fisioterapia médica <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos pela enfermagem <input type="checkbox"/> Orientação médica <input type="checkbox"/> Orientação de enfermagem <input type="checkbox"/> Orientação de fisioterapia

Quando questionados se sentiam segurança ou não sobre os *procedimentos* que realizam com os pacientes, 94,4% dos participantes manifestaram sentirem-se seguros, enquanto 5,6% não sentiam a necessária segurança na assistência que prestam aos seus pacientes. Dos participantes, 8,6% mencionaram que o paciente está menos seguro em procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem; 29,6% opinaram que o paciente está menos seguro em procedimentos realizados pelos profissionais de fisioterapia e 61,7% consideram que o paciente está menos seguro em procedimentos realizados pelos médicos.

Foi realizado o teste de homogeneidade de variância de Barlett, nos domínios de flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento na memória com todas as questões, considerando a variável *paciente menos seguro* na realização de *procedimentos* de cada uma das profissões, cujos profissionais entram em contato direto com o paciente que, neste caso, foram os enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, na visão dos enfermeiros participantes da pesquisa. Os resultados apresentaram valores de

$p=0,2381$  e  $p=0,08978$ , respectivamente. Como esses resultados mostram-se maiores que 0,05% é possível afirmar que não houve diferença estatística significativa.

Do mesmo modo, quando foi realizado o teste de homogeneidade de variância de Bartlett e, logo após, o teste de análise de Variância nos domínios do DTI e a variável “paciente menos seguro” na realização de “procedimento”, encontrou-se o valor de  $p=0,1203$  para flexibilidade de pensamento e  $p=0,001185$  para estrutura do conhecimento na memória. Com estes resultados é possível afirmar com 95% confiabilidade que há diferença estatística significativa entre as variáveis pertinentes.

No entanto, com 95% de intervalo de confiança, é possível afirmar que há diferença estatística nos domínios das questões de Estrutura do conhecimento na memória, por apresentar o valor de  $p=0,001185$ , sendo que o único que apresentou diferença estatística foi o grupo dos profissionais da enfermagem. Como o valor de  $p$  no domínio estrutura do conhecimento na memória foi significativo, realizou-se o teste de comparações múltiplas de “Tukey”, que comparou as médias duas a duas, por ser um teste de comparação de médias que serviu como complemento para o estudo da análise de variância com a variável “*paciente menos seguro*” em relação aos procedimentos realizados por médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, como é possível verificar na Tabela 13:

**Tabela 13** – Procedimento em relação aos domínios do DTI.

Domínios DTI	Procedimento	N	Média	DP	F	P
Flexibilidade	Enfermagem	15	2,763636	0,7254848	2,14	0,1203
	Fisioterapia	49	3,057514	0,6987035		
	Medicina	99	3,124977	0,5813126		
Estrutura	Enfermagem	15	2,427778	0,4958825	7,03	0,0011
	Fisioterapia	49	2,935374	0,6853429		
	Medina	99	3,030303	0,5337868		

Fonte: Dados da pesquisa.

A fisioterapia é uma aliada na recuperação clínica dos pacientes internados no âmbito hospitalar, restaurando a perda funcional, reduzindo incapacidades, aprimorando a funcionalidade do paciente, além de tratar e prevenir complicações respiratórias mediante massagem, exercícios e uso de agentes eletrofísicos. Ao profissional médico, entre as suas atribuições está a competência para realizar consultas e atendimentos médicos; tratar pacientes e clientes; implementar ações para promoção da saúde;

coordenar programas e serviços em saúde; efetuar perícias, auditorias e sindicâncias médicas; elaborar documentos e difundir conhecimentos da área médica. As três profissões e os respectivos Cursos de Graduação (enfermagem, fisioterapia e medicina), apesar de estarem na mesma área e atuando diariamente com os pacientes, são diferentes nos objetivos de suas formações e na visão do enfermeiro também ficou evidente essa diferença.

No estudo denominado “Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências”, os pesquisadores identificaram que os enfermeiros entrevistados conseguem reconhecer os principais riscos (físicos, químicos, assistenciais, clínicos e institucionais) aos quais os pacientes sob seus cuidados estão expostos, devendo ser alvos de atenção. Esta atitude de identificação compartilhada dos riscos pode ser considerada a primeira estratégia para o estabelecimento de uma cultura de segurança na instituição. Os riscos levantados são inquietantes, pois evidenciam a qualidade da assistência; entretanto, após o seu levantamento, devem ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando reflexões e educação permanente à equipe de enfermagem do serviço (OLIVEIRA et al., 2014).

Foi realizado o teste de homogeneidade de variância de Barlett, nos domínios de flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento na memória com a variável *paciente menos seguro*, na realização de *prescrição* médica pelo profissional médico, *prescrição* de fisioterapia realizada pelo profissional fisioterapeuta e *administração de medicação realizada* pelo profissional de enfermagem, no olhar dos enfermeiros participantes da pesquisa.

A análise estatística indicou que, para os enfermeiros, os pacientes estão menos seguros quando as prescrições são médicas (50,7%); as prescrições dos fisioterapeutas foram consideradas inseguras por 1,2% dos profissionais e a administração de medicação pelo enfermeiro foi identificada por 48,1% dos participantes que destacaram estar o paciente menos seguro. Admitindo uma margem de erro de 5% não foi possível evidenciar diferença estatística significativa entre as respostas dos participantes. Evidenciou-se o valor de  $p=0,4825$  para flexibilidade de pensamento e valor de  $p = 0,5669$  para estrutura do conhecimento na memória, como é possível acompanhar na Tabela 14:

**Tabela 14** – Teste de Bartlett entre as respostas do DTI e Segurança do paciente na prescrição médica, fisioterapia e administração de medicamentos.

Domínios DTI	Prescrição e/ou Adm. Medicação	N	Média	DP	<i>p</i>
Flexibilidade	Enfermagem	15	3,109091	0,5858462	0,4825
	Fisioterapia	49	2,318182	0,7071068	
	Medicina	99	3,052862	0,6777014	
Estrutura	Enfermagem	15	3,001042	0,6334685	0,5669
	Fisioterapia	49	2,208333	0,4124790	
	Medina	99	2,910494	0,5628514	

Fonte: Dados da pesquisa.

Também foi realizado o teste de *Análise de Variância (ANOVA)* em relação aos domínios do DTI. Neste teste, obtivemos para flexibilidade de pensamento o valor de  $p=0,2079$  e  $F=1,5864$ , enquanto para estrutura do conhecimento na memória foram encontrados os valores de  $p=0,1383$  e  $F=2,0033$ , como é possível verificar na Tabela 15.

**Tabela 15** – Resultado da análise de variância (ANOVA) da *flexibilidade* em função da variável *paciente menos seguro* a respeito da prescrição e administração de medicamentos.

Domínios DTI	Prescrição e/ou Adm. Medicação	Soma dos quadrados	Quadrado médio	F	<i>p</i>
Flexibilidade	Enfermagem	1,276	0,63808	1,5864	0,2079
	Fisioterapia				
	Medicina				
Estrutura	Enfermagem	1,433	0,71639	2,0033	0,1383
	Fisioterapia				
	Medina				

Fonte: Dados da pesquisa.

Entre os questionamentos feitos aos enfermeiros participantes por meio de questionário, no que tange ao tema *segurança do paciente referente à prescrição* realizada pelos profissionais enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, não foi possível detectar diferença estatística significativa, quando comparados os resultados do DTI com a segurança das prescrições dos profissionais enfermeiros, fisioterapeutas e médicos.

Segundo Córdia (1996), o fisioterapeuta tem como principal instrumento de trabalho o seu próprio corpo, assim, ele precisa ter boa flexibilidade, relativa força muscular e posicionar-se adequadamente. Como geralmente a atividade é dinâmica, com grande deslocamento do centro de gravidade, exige um bom equilíbrio para que possa atuar nas diversas posturas. Além disso, faz uso de diversos agentes e instrumentos como água, calor, equipamentos mecânicos e elétricos para auxiliar nas terapias. A realização do tratamento baseia-se na cinesioterapia, massoterapia, manipulação, eletroterapia, hidroterapia e mecanoterapia, os quais são procedimentos que podem potencialmente contribuir para diminuir a segurança do paciente.

Foi observado que os enfermeiros concursados e com mais de cinco anos de experiência afirmam com frequência que sentem o paciente menos seguro nos cuidados realizados por médicos. É possível que a maturidade profissional contribua para essa observação. No entanto, dos participantes 5,55% não sentem segurança na assistência que prestam aos seus pacientes.

Na pesquisa intitulada “Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose”, os estudiosos mencionam que, quando o prescritor não especifica a dosagem requerida em miligramas, optando pela utilização das abreviaturas ou siglas, corre-se o risco de o paciente receber dose de medicamento diferente da prescrição, uma vez que fármacos como a dipirona, por exemplo, apresentam várias formas farmacêuticas disponíveis no mercado (ampolas de 1ml, contendo 500mg, ampolas de 2ml, contendo 500mg/ml, ampolas de 5ml, contendo 500mg/ml). Sendo assim, na prescrição do tipo “dipirona ampola EV ACM”, poderia surgir a seguinte dúvida: que dose deve ser administrada ao paciente? 500mg? 1.000mg ou 2.500mg? Destaca-se, no estudo, que a identificação adequada do paciente também se faz necessária para a segurança na administração de medicamentos, uma vez que clientes com nomes parecidos, internados numa mesma enfermaria e recebendo um mesmo medicamento, em doses diferentes, podem ser facilmente confundidos, passando a receber uma dose inadequada para o seu tratamento (GIMENES et al., 2010).

Os autores da pesquisa “Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica”, enfatizam que a qualidade do cuidado de enfermagem reflete a qualidade e a segurança da assistência ao paciente, e os métodos de pesquisa fotográfica podem auxiliar no gerenciamento de riscos no trabalho com medicações com mais atenção. Usar a pesquisa para reduzir riscos ao paciente pode ajudar a

abreviar o tempo de internações hospitalares, diminuir a incidência de incapacitações temporárias ou permanentes e, principalmente, prevenir mortes (RADUENZ et al., 2010).

Foi realizado o teste de homogeneidade de variância de Barlett, nos domínios de flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento na memória com a variável *paciente menos seguro* na realização de *cuidados por profissionais* de cada profissional dessas três profissões: os enfermeiros, fisioterapeutas e médicos. Na visão dos enfermeiros participantes da pesquisa obteve-se o valor de  $p=0,2093$  para flexibilidade de pensamento e  $p=0,6674$  para estrutura do conhecimento na memória, o que evidencia que as variâncias são homogêneas, embora não haja significância estatística, conforme Tabela 16:

**Tabela 16** – Teste de Bartlett entre as respostas do DTI e Segurança do paciente nos cuidados.

Domínios DTI	Prescrição e/ou Adm. Medicação	N	Média	<i>p</i>
Flexibilidade	Enfermagem	46	3,057312	0,2093
	Fisioterapia	54	2,998316	
	Medicina	63	3,14444	
Estrutura	Enfermagem	46	0,5459118	0,6674
	Fisioterapia	54	0,6314416	
	Medina	63	0,7008737	

Fonte: Dados da pesquisa.

Também foi realizado o teste de Análise de Variância (ANOVA) em relação aos domínios de flexibilidade de pensamento e estrutura do conhecimento na memória do DTI. Neste teste, obtivemos para flexibilidade de pensamento os valores de  $p=0,4602$  e  $F=0,7799$ , enquanto que para estrutura do conhecimento na memória foram encontrados os valores de  $p=0,8544$  e  $F=0,1575$ , como é possível verificar na Tabela 17.

**Tabela 17** – Resultado da análise de variância (ANOVA) da flexibilidade e da estrutura em função da variável *paciente menos seguro a respeito dos cuidados*.

Domínios DTI	Prescrição e/ou Adm. Medicação	Soma dos quadrados	Quadrado médio	F	p
Flexibilidade	Enfermagem	0,634	0,31684	0,7799	0,4602
	Fisioterapia				
	Medicina				
Estrutura	Enfermagem	0,115	0,5764	0,1575	0,8544
	Fisioterapia				
	Medina				

Fonte: Dados da pesquisa.

Apesar desses resultados não configurarem uma diferença significativa, os participantes responderam qual desses profissionais (entre fisioterapeutas, médicos e enfermeiros) estava menos comprometido com os cuidados aos seus pacientes, de acordo com o seu ponto de vista. Assim, 38,18% responderam serem os médicos menos comprometidos; 33,93% consideram os fisioterapeutas e 27,87% mencionam a falta de comprometimento dos próprios enfermeiros.

Quando comparados os resultados do *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI) e os *cuidados prestados* pelos enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, as ferramentas utilizadas não encontraram significância estatística; porém, descrevendo um pouco os cuidados prestados por cada um desses três profissionais percebem-se peculiaridades como, por exemplo, as evidências de transparência de cuidados na fisioterapia voltada à reabilitação em indivíduos portadores de cardiopatias; a prevenção e reabilitação em indivíduos com disfunções da pele; a prevenção de lesões músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho; a reabilitação de tecidos lesionados; a promoção de saúde e reabilitação em idosos; a prevenção e promoção de saúde em gestantes; a promoção de saúde e reabilitação de indivíduos com alterações no sistema nervoso central; o desenvolvimento e reabilitação de crianças com disfunções neuromusculares; a prevenção, promoção e reabilitação de indivíduos com disfunções músculo-esqueléticas; o uso da terapia manual como forma de tratamento; a promoção de saúde e reabilitação em indivíduos amputados; a prevenção, promoção de saúde e reabilitação



em indivíduos com disfunções respiratórias e a prevenção e reabilitação em indivíduos com disfunções reumáticas, entre outros<sup>4</sup>.

O profissional médico realiza os cuidados nas diferentes áreas dentro da saúde, como na pediatria, obstetrícia/ginecologia, psiquiatria, clínica médica, na área de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia geral, cirurgia de cabeça e pescoço, e outros; cuidados estes diferentes das demais profissões. Contudo, a Enfermagem é a profissão que perpassa esses cuidados, considerando todo o ciclo vital desde antes do nascimento, ainda no pré-natal, durante o nascimento, cuidando tanto da criança quanto da mãe, na infância com as orientações relativas à idade e imunizações, na juventude e durante a vida adulta e na velhice, sempre buscando oferecer mais qualidade de vida, enquanto houver vida e, mesmo na hora da morte e depois dela, prestando os últimos cuidados ao corpo e dando atenção aos familiares.

Conforme vão ocorrendo as perdas das funções fisiológicas, a Enfermagem está cuidando e, inclusive, complementando, se necessário, o que configura o ambiente do cuidado do paciente. A hospitalização traz para os pacientes e seus familiares sentimentos de insegurança que se acentuam, especialmente, quando possuem dependência para os cuidados básicos de enfermagem, tais como alimentação, higiene e mobilidade física. É, neste momento, que a equipe de enfermagem tem a oportunidade de focalizar suas ações no ser humano receptor dos cuidados, ou seja, fazer uma conexão integrada entre as tarefas normatizadas pela instituição e aquelas voltadas para o processo de cuidar. Dessa forma, a ação do enfermeiro, frente ao paciente hospitalizado com dependência, determina a eficiência dos cuidados básicos de enfermagem realizados por sua equipe (PASSOS; SADIGUSKY, 2011).

A “qualidade” é concebida, em geral, como o ótimo equilíbrio entre as possibilidades realizadas e um quadro de normas e valores. Contudo, ela apenas se constrói com base em uma interação entre os atores relevantes que concordam justamente sobre as normas e os valores pertinentes, assim como sobre os componentes e as possibilidades da interação proposta. Inicialmente, o IOM definiu *qualidade em saúde* como o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (ROCKVILLE, 2008).

---

<sup>4</sup> NAKANO, Kaori. Fisioterapia e suas aplicações. In: *WebRun – Portal de notícias*. Disponível em: <<http://www.webrun.com.br/h/noticias/fisioterapia-e-suas-principais-aplicacoes/3648>>. Acesso em: 17 out. 2016.

Há um interesse crescente pela qualidade em todos os setores, sendo algo bastante notável na área da saúde. Usuários, gestores e profissionais de saúde costumam se importar bastante com a qualidade dos seus serviços. Os usuários estão cada vez mais educados, informados e participativos, exigindo qualidade. Os gestores se preocupam com a utilização otimizada dos recursos e sabem que fazer as coisas bem, entre outros benefícios, diminui os custos. Os profissionais de saúde, além de quererem sobreviver no mercado, algo presente em todos os setores, preocupam-se com a qualidade, devido ao compromisso ético intrínseco a esta área, aquele que envolve cuidar do bem mais valioso das pessoas, ou seja, a sua saúde (ANVISA, 2013).

A avaliação da qualidade de serviços ganhou importância na área da saúde em todo o mundo, sendo impulsionada pela demanda de financiadores, prestadores de serviços, profissionais e do público em geral. A publicação de estudos sobre a qualidade do cuidado hospitalar ganhou volume no Brasil, principalmente, a partir do ano de 2004, tendo destaque aqueles que exploraram a abordagem do processo e do resultado do cuidado. Ainda, ficou evidente nos estudos desenvolvidos no país a preocupação com a abordagem dos recursos da estrutura assistencial, justificada pela deficiência na oferta de profissionais e ambientes adequados à prestação dos cuidados, o que raramente ocorre em estudos de países desenvolvidos (MACHADO et al., 2013).

No estudo intitulado “Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino”, os pesquisadores identificaram que em nenhum dos cuidados de enfermagem foi alcançado um nível desejável de assistência de enfermagem e que apenas dois foram considerados seguros – *higiene e conforto físico e nutrição e hidratação* – ambos pertencentes à categoria das necessidades humanas básicas psicobiológicas. Essa conclusão mostra que a Enfermagem possui dificuldade em ampliar a abrangência de seus cuidados, de modo a incluir não só as demais necessidades psicobiológicas, mas as psicossociais e psicoespirituais dos pacientes (FREITAS et al., 2012).

Os pesquisadores consideram que a avaliação dos cuidados de enfermagem por meio de indicadores pode ser utilizada para reforçar o desejo natural dos profissionais de saúde em melhorar a assistência, ao mesmo tempo em que funcionam como uma forma de compreender a qualidade dessa assistência. Os processos de avaliação precisam utilizar informações válidas, pois somente com a aplicação de medidores válidos evita-se correr o risco de distorcer o comportamento do grupo e desmotivar os

profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado ao paciente (VITURI; MATSUDA, 2009).

Realizou-se o teste de homogeneidade de variância de Barlett, nos domínios de flexibilidade do pensamento e estrutura de conhecimento na memória com a variável *paciente menos seguro* na realização de orientação em saúde de cada um desses três profissionais que entram em contato direto com o paciente (enfermeiros, fisioterapeutas e médicos) na visão dos enfermeiros participantes da pesquisa, o que resultou em valor de  $p=0,2508$  para flexibilidade de pensamento e  $p=0,8775$  para estrutura do conhecimento na memória, evidenciando a não significância estatística.

Também foi realizado o teste de Análise de Variância (ANOVA) em relação aos domínios do DTI. Neste teste, o objetivo era descobrir o valor para flexibilidade do pensamento, tendo sido encontrados o valor de  $p=0,6469$  e  $F=0,4368$ . Com esse valor de  $p$  maior que 0,05 é possível afirmar que não houve diferença estatística. O mesmo teste foi realizado para o domínio da estrutura do conhecimento na memória, de modo que resultou o valor de  $p=0,1557$  e  $F=0,8819575$ . Com o valor de  $p$  superior a 0,05 e com 95% de intervalo de confiança também é possível afirmar que não houve diferença estatística, como é possível verificar na Tabela 18.

**Tabela 18** – Orientação de saúde em relação os domínios do DTI.

Domínios DTI	Variável	N	Média	DP	F	P
Flexibilidade	Enfermagem	32	3,110795	0,5766885	0,4368	0,6469
	Fisioterapia	63	3,111111	0,7106691		
	Medicina	68	3,016176	0,5941677		
Estrutura	Enfermagem	32	2,901042	0,6230480	1,8819575	0,1557
	Fisioterapia	63	3,059524	0,5782088		
	Medina	68	2,862745	0,6051816		

Fonte: Dados da pesquisa.

A Enfermagem é uma área cujo objetivo principal é cuidar da saúde e bem-estar do indivíduo, família e comunidade. Age na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os princípios éticos e legais no cuidar do ser humano (PIZZOLI, 2005). Ter conhecimento sobre o corpo e seu perfeito

funcionamento é muito importante para que se possam prevenir e, se possível, controlar os desequilíbrios orgânicos para manter a saúde.

As orientações de saúde estão ligadas à higiene bucal e pessoal, imunizações, doenças sexualmente transmissíveis, cânceres e saúde mental, entre tantas outras. Desta forma, as orientações de saúde fazem sentido para os pacientes em tratamento e que estão em busca da melhoria da qualidade de saúde. Neste processo, a orientação torna-se uma tecnologia importante, alicerçada no pensamento reflexivo crítico dos profissionais de saúde, através do diálogo e do conhecimento socializado com o paciente, família ou acompanhante (PIZZOLI, 2005).

Uma vez comparados os resultados do *Diagnostic Thinking Inventory* (DTI) com as *orientações de saúde* dos enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, pode-se afirmar com 95% de intervalo de confiança que não houve evidência estatística suficiente quando cruzados os domínios do DTI e as orientações de saúde dadas por esses profissionais. Na visão dos enfermeiros participantes do estudo, 41,22% afirmam que os pacientes que recebem orientações de saúde de médicos estão menos seguros, índice que é de 39,39% com relação aos fisioterapeutas e de 19,39% remetendo às orientações dadas pelos profissionais de enfermagem.

Na investigação designada “Cuidados de enfermagem realizada ao paciente cirúrgico no período pré-operatório”, os cuidados que os clientes receberam em relação ao motivo de sua realização, desconsiderando as orientações, compreenderam a verificação de sinais vitais, o transporte para o centro cirúrgico, a retirada da roupa íntima, a utilização da roupa determinada pela instituição e a retirada de próteses dentárias. Os cuidados de maior incidência de orientações aos clientes foram jejum e tricotomia (CHISTOFORO; CARVALHO, 2009).

## 6. CONCLUSÃO

O homem é um ser pensante, de modo que essa afirmação denota a sua natureza predisposta a conhecer os elementos, inclusive visando a sua própria sobrevivência como espécie, pois, ao conhecer os acontecimentos, conhece e pensa, analisa e decifra as inter-relações entre o objeto e o meio. **Vê o objeto e o conhece, reconhece o que vê e pensa sobre o que viu e o que não viu, buscando respostas para as dúvidas não explicadas pelo conhecimento empírico** (RUIZ, 1996, grifos nossos).

A partir da análise dos dados coletados com o emprego do questionário sociodemográfico alcançou-se o **objetivo específico de conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados-MS**, o que permitiu estabelecer uma caracterização dos participantes do presente estudo, resultando no seguinte perfil: em sua maioria mulheres (130 participantes do sexo feminino, correspondendo a 79,8% do total), com média de idade de 32,7 anos (idades variando entre 21 e 54 anos), predominantemente casadas (52,8% são casados, 40,5% solteiros, 5,5% separados e 1,2% viúvos), cumprindo uma carga horária de trabalho que extrapola 40 horas semanais (52,1% trabalham mais do que 40 horas semanais, os demais 47,9% têm um regime de trabalho de até 40 horas semanais). Quanto ao vínculo empregatício, 20,2% dos participantes afirmaram ter outro emprego remunerado, enquanto a grande maioria (79,8%) relatou a existência de apenas um vínculo empregatício, exercendo suas atividades profissionais, sobretudo, em hospitais públicos.

Em relação ao tipo de vínculo empregatício, 14,1% dos participantes são estatutários, enquanto os 85,9% restantes são Celetistas, ou seja, possuem contrato de trabalho de acordo com os termos da CLT. Em sua maioria (65,4% dos participantes) são profissionais que possuem cursos *lato sensu* (especialização). Entre os demais participantes do estudo, 3,7% possuem cursos *stricto sensu* (mestrado) e 30,9% possuem somente a graduação.

Quanto aos dados relativos à variável renda, houve uma oscilação de 3 a 19 salários mínimos, ou seja, de cerca de R\$ 2.100,00 a R\$ 15.000,00. Essa variável foi categorizada em quatro grupos: aqueles participantes do estudo que recebem até 5 salários mínimos (57,74%); entre 6 e 10 salários mínimos (39,44%); entre 11 e 15 salários mínimos (1,41%) e aqueles que recebem 16 ou mais salários mínimos (1,41%). Contrastando as faixas salariais duas a duas, houve um grupo que se diferenciou dos

demais: o grupo dos participantes que trabalham em uma instituição pública federal, cuja remuneração é de 16 ou mais salários mínimos.

Em relação ao alcance do **objetivo específico** de **verificar as contribuições do Inventário do Raciocínio Diagnóstico na identificação da performance da prática clínica dos enfermeiros de Dourados/MS**, utilizou-se o instrumento DTI para a coleta de dados junto aos participantes. O DTI possui características mutuamente excludentes que, de acordo com a tendência apresentada pelo participante em concordar mais com uma das duas respostas possíveis, já o fizera excluir a outra, independentemente do grau de sua concordância.

Cada participante respondeu da forma mais espontânea que pôde, indicando sua *provável* conduta nas diferentes situações descritas e atribuindo os escores que variavam de 1 a 6 àquelas situações que possivelmente aconteceriam mais frequentemente, ainda que jamais houvesse se confrontado com qualquer uma delas, limitando-se a escolher entre as alternativas apresentadas, mesmo que pudessem existir outras opções não contempladas no inventário.

Os diferentes itens estão distribuídos neste instrumento de forma aleatória, não havendo respostas erradas ou certas, e cuja gradação mais ou menos próxima de cada extremo variou ora à esquerda, ora à direita da escala. Assim, a análise das respostas deu-se por atribuição de valor, segundo cada extremo da escala e conforme o que se desejava avaliar em cada pergunta, sendo observado que 34,14% dos participantes do estudo tenderam a aproximar-se mais da primeira afirmação, enquanto 65,86% tenderam a aproximar-se mais da segunda afirmação. Desse modo, quanto maior o valor da resposta atribuída na escala, mais positiva ou adequada foi a resposta esperada em relação ao item proposto no instrumento.

Contudo, dadas às limitações deste estudo, as evidências necessitam ser mais bem identificadas e sistematizadas, mediante diferentes pesquisas comprometidas com a qualidade da ação dos enfermeiros e com a conquista e manutenção de bons ambientes de trabalho, onde a maturidade pessoal e a experiência profissional constituam a força motriz para o aprendizado e a contínua formação dos enfermeiros, nos contextos laborais em que se inserem, minimizando a prevalência de preconceitos que desacreditem ações, experiências e saberes tanto dos jovens profissionais quanto dos enfermeiros com mais vivência empírica.

Após a caracterização do perfil sociodemográfico dos enfermeiros participantes deste estudo, que atuam nos hospitais do município de Dourados/MS, sejam eles

públicos, filantrópicos ou privados, e realizada a discussão acerca das contribuições do uso do DTI na identificação da performance da prática clínica da enfermagem. Com relação ao alcance do **objetivo específico de identificar facilidades e dificuldades no desenvolvimento do raciocínio clínico por parte dos enfermeiros**, mostrou-se e ainda mostra-se premente a reflexão sobre o uso incipiente/não uso do raciocínio clínico nas tomadas de decisão do enfermeiro como um esforço para identificar facilidades e dificuldades presentes no cotidiano do trabalho assistencial e que necessitam ser enfrentadas.

Considera-se que o conhecimento clínico diferenciado seja potencialmente capaz de permitir o desempenho de um papel significativo na garantia da prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e seguros para os pacientes. Entretanto, muitos dos empregadores dos enfermeiros parecem que vêm limitando o trabalho do enfermeiro a uma única função, enquanto outros parecem elevar o conhecimento do enfermeiro para o seu potencial máximo, utilizando-o também como um perito clínico que contribui para a melhoria da qualidade em saúde, na implementação de práticas baseadas em evidências no âmbito profissional, ou atuando como especialista em clínicas profissionais em diferentes domínios, incluindo o desempenho de ações relativas aos níveis primário, secundário e terciário do sistema de saúde. Atribuem-lhe, assim, diferentes encargos como provedor, especialista clínico e educador, embora não demonstrem a necessária compreensão do seu valor e do seu potencial e não expressem, seja implícita ou explicitamente, o reconhecimento pelo trabalho realizado.

Conforme apontam diversos estudiosos, os enfermeiros têm enfrentado inúmeras dificuldades para obter o reconhecimento profissional na área de seu domínio e o devido retorno financeiro, considerando todo o investimento de tempo e dinheiro gastos na sua qualificação profissional. Por esse motivo, a realização dessa fase que objetivou conhecer as barreiras e os facilitadores para o uso do raciocínio clínico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS, nos quais os participantes da amostra possuem vínculo empregatício, e considerando essa rede hospitalar composta pelos sete hospitais de referência regional para o atendimento à população de outros 36 municípios do sul de Mato Grosso do Sul.

Entre as barreiras e dificuldades apontadas com maior relevância para o desenvolvimento e emprego do raciocínio clínico, 74 (45,39%) participantes da pesquisa alegaram o *pouco tempo para estudar*; 26 (15,95%) participantes apontaram a *deficiência na formação*; 23 (14,12%) elegeram o *pouco tempo de formação*;

21(12,88%) referiram ter que *atuar em unidade diferente daquela para a qual foi qualificado*; a alternativa *acúmulo de trabalho* obteve 19 (11,66%) indicações e a alternativa *falta de reconhecimento* não foi pontuada pelos enfermeiros participantes do estudo.

A falta de *feedback* sobre suas atitudes, as incertezas e o medo de enfrentar obstáculos e de se posicionar frente à equipe, configuraram-se como dificuldades ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Assim, diversas barreiras precisam ainda ser transpostas pelos enfermeiros, especialmente pelos mais novos e recém-formados, que têm de enfrentar maiores dificuldades para o exercício da liderança, bem como para resolverem problemas e conflitos no espaço laboral, além de ter de organizar e coordenar as ações da enfermagem. Portanto, o enfermeiro necessita buscar conhecimentos científicos, desenvolver confiança, criar espaços dialógicos, aprender a enfrentar conflitos e envolver e comprometer os demais trabalhadores nas atividades assistenciais.

Referente aos fatores potencialmente facilitadores do desenvolvimento e emprego do raciocínio clínico, a *educação permanente* emergiu com o percentual mais elevado de impacto, sendo apontada por 61,96% dos participantes como um fator facilitador para desenvolver o raciocínio clínico. É uma prática que visa ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, sendo considerada fundamental tanto para o aperfeiçoamento quanto para a aquisição de maior capacidade de percepção da realidade, visando à produção e aplicação de conhecimentos.

Para os participantes desta pesquisa, atividades de educação permanente constituem-se em um programa de formação e desenvolvimento dos recursos humanos que têm como finalidade manter constante o processo educativo, visando ao aprimoramento das habilidades e competências dos trabalhadores e, conseqüentemente, melhorando a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes, especialmente porque a Enfermagem é uma profissão que necessita de aprimoramento constante, visto que os avanços tecnológicos cada vez mais criam espaços e desafiam os paradigmas tanto da enfermagem quanto das demais profissões da área da saúde, desconstruindo tanto a realidade quanto o contexto de sua inserção. O processo de educação permanente é, pois, uma competência a ser assumida pelo enfermeiro, cujo desenvolvimento tem como finalidade tornar a qualidade da assistência prestada cada vez melhor e cada vez mais segura ao paciente.



A análise dos dados a respeito da segurança na assistência prestada por três categorias de profissionais de saúde, que estabelecem contato e cuidam diretamente dos pacientes, na visão do enfermeiro, foram coletadas com a aplicação do questionário sociodemográfico, bem como com o uso do DTI, o qual se mostrou rico em contribuições para o processo de identificação da performance da prática clínica dos enfermeiros participantes do presente estudo, sendo que o conjunto dos procedimentos adotados evidenciou resultados consoantes ao alcance do **objetivo específico de evidenciar elementos necessários à promoção de uma cultura de segurança que contribua para um cuidado de maior qualidade, garantindo menores riscos ao paciente, mediante a incorporação do conhecimento clínico e a utilização do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização do trabalho.**

Neste contexto de aprendizagem, pode-se usar o termo raciocínio clínico para descrever o processo pelo qual os enfermeiros (e outros clínicos) coletam evidências para o processo de informação, o qual facilita o entendimento de um paciente e possibilita intervir no problema ou situação para planejamento, prescrição, implementação, controle e avaliação dos resultados, reflexão e aprendizado com o processo. Isto significa dizer que raciocinar clinicamente é pensar, por intermédio dos vários aspectos de um doente específico, para estabelecer uma decisão razoável em relação à prevenção, diagnóstico, cuidados e/ou tratamento de um ou mais problemas clínicos.

Desse modo, quanto mais acurado for um diagnóstico mais precocemente poderão ser estabelecidas ações preventivas e o planejamento do uso de recursos terapêuticos se dará de forma mais eficiente e econômica. Portanto, o raciocínio clínico é uma abordagem analítica estruturada no conhecimento da clínica, que admite reunir e associar dados para estabelecer o diagnóstico mais preciso, considerando o melhor nível terapêutico e de cuidados para pacientes, famílias e comunidades.

Assim, não se tem como discordar que desenvolver o raciocínio clínico possibilita a acurácia necessária ao estabelecimento de diagnósticos e, conseqüentemente, permite tomadas de decisão mais apropriadas em relação às intervenções que precisam ser realizadas. Portanto, não se pode diagnosticar com exatidão sem empregar o raciocínio clínico e mobilizar os conhecimentos clínicos específicos da área. Desse modo, assim como o diagnóstico médico é o resultado do raciocínio clínico de um médico, o Diagnóstico de Enfermagem é o resultado do

raciocínio clínico de um enfermeiro, residindo neste aspecto a principal diferença entre eles.

O enfermeiro com habilidades de raciocínio clínico competente pode exercer um impacto positivo na evolução da saúde e recuperação do paciente; inversamente, aquele enfermeiro com o raciocínio clínico pobre, muitas vezes, não consegue nem mesmo detectar a iminente deterioração do paciente que está sendo cuidado por ele. As falhas na avaliação clínica e as conseqüentes tomadas de decisão equivocadas parecem ser as responsáveis por mais de metade dos eventos clínicos adversos ocorridos.

O raciocínio clínico é, portanto, uma habilidade aprendida que requer determinação e empenho na prática, bem como reflexão, particularmente, em atividades destinadas a melhorar o desempenho. Estas são abordagens de aprendizagem que precisam ser adotadas pelos órgãos formadores de enfermeiros, para aumentar a capacidade do aluno de raciocinar clinicamente e refletir, visando à sua preparação competente para exercer a prática profissional cientificamente orientada, não mais fazendo uso apenas de interferências à casualidade, ou seja, prestar cuidados sem planejamento, justificativa científica e reflexão, como foi possível constatar com a realização do presente estudo.

A forma como uma profissão é compartilhada socialmente, como os seus profissionais estabelecem a comunicação entre si ou com outros trabalhadores de sua área, bem como cada profissional difunde seu conhecimento para expressar a sua prática ou ensinar futuros colegas passa necessariamente pelo ponto relativo de como a profissão está organizada como ciência e de como a ciência da profissão está organizada. Assim como o raciocínio clínico, o pensamento crítico é um elemento fundamental do processo de trabalho da Enfermagem no estabelecimento dos diagnósticos e na solução de problemas, carecendo ser orientado por modelos, políticas e códigos de ética, além de envolver a dialética, a intuição e a criatividade, essenciais aos profissionais que se instrumentam com conhecimento específico e experiência clínica.

Desse modo, aprender a raciocinar clinicamente é uma etapa cognitiva bastante complexa, sendo um tema diretamente envolvido nas tomadas de decisão clínica. O raciocínio clínico compreende procedimentos mentais necessários de serem abarcados no atendimento ao paciente. Configura-se, então, como um processo mental que se caracteriza por um *continuum* de tomada de decisões, refletido criticamente com a finalidade de alcançar os melhores resultados. O processo diagnóstico é um importante

componente da *expertise* em diferentes campos de atuação profissional, realçando o necessário interesse em estudar a diferenciação da capacidade diagnóstica durante a formação profissional.

O raciocínio clínico é um instrumento imprescindível tanto à conversão do objeto como para alcançar a finalidade do processo de trabalho em saúde. Desse modo, ressalta-se que o raciocínio clínico, neste estudo, é entendido como **tecnologia instrumental** para o cuidado de enfermagem. Uma vez que a sua qualidade depende das habilidades de entendimento do enfermeiro, percebe-se que o raciocínio clínico é imprescindível à sua atividade profissional.

Em suma, é por meio dele que se orienta a coleta de informações relevantes para a avaliação de Enfermagem, norteando a interpretação das respostas humanas (reações) aos problemas de saúde e processos de vida, auxiliando na tomada de decisão referente às intervenções que devem ser implementadas, com vistas a contribuir para a evolução do profissional e avaliação do planejamento da assistência. Uma vez que a condição da qualidade do cuidado e segurança do paciente está atrelada, substancialmente, às habilidades de raciocínio como instrumento para a tomada de decisão, o raciocínio clínico mostra-se cada vez mais necessário ao exercício profissional do enfermeiro.

Desse modo, a segurança do paciente, em todas as suas dimensões, vem se tornando uma preocupação constante para o setor da saúde, motivo pelo qual é um tema que precisa ser intensamente debatido na atualidade, devido às evidências do impacto da ocorrência dos erros e dos eventos adversos nos sistemas de saúde. Assim, percebe-se que a segurança do paciente não é uma problemática individual, tampouco de uma única categoria profissional, mas fruto de um processo que envolve a necessidade da transformação institucional.

Promover debates sobre a segurança do paciente e instituir cuidados seguros e que não causem danos evitáveis mostram-se mais do que necessários, no sentido de estabelecer estratégias, com vistas a proporcionar uma assistência de qualidade e implantar uma cultura de segurança nas instituições de saúde.

Embora com a realização do presente estudo não se tenha confirmado, de forma explícita, aquilo que era esperado para ser apreciado pela comunidade científica, ou seja, as repercussões do emprego do raciocínio clínico do enfermeiro na qualidade do cuidado e na segurança do paciente, e apesar de seus resultados parecerem contrariar inclusive o próprio pesquisador e seu orientador, naquilo que era previsto encontrar, tais

resultados que emergiram de sua realização estão respaldados pelas ferramentas estatísticas empregadas.

Tal fato causa, por um lado, estranheza diante da comunidade científica afeiçoada geralmente a realizar pesquisas para confirmar teses elaboradas, a partir de suas dúvidas, suspeitas e das exaustivas leituras das produções científicas sobre o assunto pesquisado. Tal postura raramente descobre ou não espera que o resultado divirja daquilo que era almejado encontrar, inicialmente.

Entretanto, deve-se considerar que o fato de resultar o que não era esperado também é um resultado e, igualmente, constitui-se como ciência. Embora não seja fácil aceitar a obtenção de um resultado que não se esperava, contrariando as expectativas que se tinha como pesquisador propositor do estudo, tal resultado mostra-se e se valida como possibilidade de fuga do senso comum. O conhecimento pautado no senso comum existe nas diversas comunidades, inclusive na comunidade científica.

O conhecimento intuitivo pertence à camada subjetiva, de modo que essa subjetividade pode partir de um ou mais produtos de conhecimento. Na comunidade científica, o cerne de uma de pesquisa é o questionamento. O conhecimento exige evidência e induz o pesquisador a apropriar-se da realidade e, ao mesmo tempo, penetrar nela. A falta de conhecimento dificulta as possibilidades de avanço para melhor, mantendo-nos encarcerados pelas circunstâncias. Assim, fazem-se pesquisas para suprir uma ambição do conhecimento sobre o funcionamento natural e/ou sobre a resolução de uma problemática para, conseqüentemente, originar tecnologias.

Com a participação de enfermeiros apenas graduados e outros com especialização e/ou mestrado, com expressivas diferenças de idade, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição, tempo de exercício profissional, variações significativas na renda, formação em distintas instituições de ensino e de diferentes regiões do Brasil e, mais, somado a isso o fato de terem um ou mais vínculos empregatícios, era previsto a obtenção de resultados com diferenças significativas tanto de conhecimento clínico quanto do uso do raciocínio clínico entre os participantes.

**Entretanto, o que ficou evidente neste estudo foi o não uso do raciocínio clínico nas atividades rotineiras do cotidiano profissional, exceto em situações de intercorrências como urgências/emergências. Isso provavelmente porque o enfermeiro ainda não assumiu o contínuo exercício de clinicar em enfermagem, tal como os psicólogos, médicos, fisioterapeutas, entre outros profissionais da saúde.**

A clínica da enfermagem mostra-se, portanto, ser de grande importância para a

integralidade da assistência. Se assim não fosse, os pacientes não precisariam dos cuidados de enfermagem, podendo ser atendidos nos consultórios dos diferentes profissionais (médicos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e outros) ou nas próprias residências.

O nível de conforto e proficiência de habilidades de enfermagem clínica parecem se desenvolver ao longo da trajetória profissional. Para o senso comum, os anos de experiência em enfermagem evidenciam-se como fatores importantes para a maior qualidade do cuidado prestado e para a consequente segurança do paciente. Enfermeiros experientes e com conhecimentos consolidados estariam, supostamente, em melhor posição para dar a mais alta contribuição à qualidade dos cuidados e segurança do paciente, pois é plausível esperar que um mesmo paciente avaliado por uma enfermeira experiente e por outra inexperiente dará respostas com mudanças sutis, devido às bases diferentes que servem como uma advertência para questões importantes e subjacentes observadas por cada profissional.

Entretanto, as evidências obtidas com a realização desta pesquisa foram contra o senso comum que, necessariamente, atrela o desenvolvimento das capacidades humanas ao meio e às condições nas quais se insere o sujeito participante do estudo. Registre-se aqui o impacto que tais resultados inesperados surtiram no próprio pesquisador, até então, habituado a verificar positivamente suas hipóteses em trabalhos anteriores.

Mediante a análise dos dados obtidos com a aplicação tanto do questionário sociodemográfico quanto do DTI, considera-se ter logrado o intento de alcance do **objetivo geral** estabelecido, ainda que de forma incipiente, de **desvelar a incorporação do conhecimento clínico e o uso do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização do seu trabalho, bem como identificar as repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e na segurança do paciente, com vistas a promover uma cultura de segurança.**

A delimitação do perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais de Dourados/MS abre caminho para novas reflexões que possam aprimorar o cotidiano de trabalho nesses locais, auxiliando a identificar as facilidades e dificuldades para o desenvolvimento do raciocínio clínico pelos enfermeiros. **O uso do DTI mostrou-se rico em contribuições para o processo de identificação da incipiente performance da prática clínica dos enfermeiros que compuseram a amostra, sendo que o conjunto dos procedimentos adotados evidenciou, na atuação dos enfermeiros participantes, uma carência de elementos necessários à promoção de uma cultura**

**de segurança que contribua para um cuidado de maior qualidade e com menores riscos ao paciente, mediante a incorporação do conhecimento clínico e utilização do raciocínio clínico pelo enfermeiro na realização do trabalho.** Em um futuro próximo, planeja-se a socialização de seus resultados com os diretores e profissionais responsáveis pelas equipes de enfermeiros dos sete hospitais de Dourados/MS, sujeitos participantes do presente estudo.

## 7. REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H.; SERMEUS, W.; VAN DEN HEEDE, K. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, [s.l.], p. 344-1717, 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ALMEIDA, G. B. S.; FREIRE, M. R.; LEONEL, M. Sistema de Informação da Atenção Básica: a Percepção de Enfermeiros, **REME**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, ano VI. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/556>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

AMENDOEIRA, J. Ensino de enfermagem: perspectivas de desenvolvimento. **PensarEnferm.**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 2-13, 1º sem. 2009.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**, Brasília, v.1, n. 1, jan./ jul. 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/272031/Boletim+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+e+Qualidade+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+n%C2%BA+01+Jan-Jul+de+2011/aa36fe6e-f5d5-46ae-9eb6-e93af520fafc>>. Acesso em: 14 jar. 2017.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática**. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: <[http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia\\_Segura.pdf](http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2016.

ARAÚJO, A. C.; PORTO, A. R.; THOFEHRN, M. B.; LUNARDI, V. L.; SILVEIRA, R. S.; AMESTOY, S. C. Percepções de enfermeiros recém-formados sobre a prática de liderança no ambiente hospitalar. **J Nurs Health**, [s.l.], v. 2, n. 2, p. 398-409, 2012.

ARAUJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 200-207, fev. 2012.

ARAÚJO, M. A.; SOUZA, J. C. **Qualidade de vida dos professores de enfermagem**. Passo Fundo: Universidade Passo Fundo, 2011.

ASSED, L. G.; VIANA, L. O. Saberes práticas na formação do enfermeiro. **Ver Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 1, p. 44-47, 2003.

BARBERA, M. C.; CECAGNO, D.; SEVA, A. M.; SIQUEIRA, H. C. H.; LÓPEZ, M. J.; MACIÁ, L. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 23, n. 3, maio-jun. 2015.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de

enfermagem: revisão integrativa da literatura revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 366-70, maio-jun. 2008.

BARROS, A. L. B. L. de; MICHEL, J. L. M. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 8, n. 1, p. 5-11, jan. 2000.

BARTH, Priscila Orlandi et al. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 604-11, set. 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/fen/article/view/22020>>. Acesso em: 29 out. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.22020>.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BELELA, I. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Disclosure of medication error in a pediatric intensive care unit. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 257-263, 2010.

BORDAGE, G.; GRANT, J.; MARSDEN, P. Quantitative assessment of diagnostic ability. **Medical Education**, [s.l.], v. 24, p. 413-425, 1990.

BORGES, E. L. et al. Reflexões sobre enfermagem pós Florence. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 4, n.1/2, p. 77-82, jan./dez. 2000.

BRASIL. **Lei n.º 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013.

BUCHANAN, L.; O'CONNELL, A. A brief history of decision making. **Harvard Business Review**. [s.l.], v. 1, n. 1, p. 33-41, jan. 2006.

BURRITT, J.; STECKEL, C. Supporting the learning curve for contemporary nursing practice. **JONA**, v. 39, n. 11, p. 479-484, 2009.

CÁRDIA, M. C. G. **A Organização dos Serviços de Fisioterapia no Setor Público**



**de João Pessoa/PB.** (Trabalho de Conclusão do I Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador)– Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa (PB); 1996.

CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N. C. Fatores de risco no trabalho de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 17º.** Natal, RN, 3 a 5 de junho de 2013. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_senpe/17senpe/pdf/0833po.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0833po.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2016.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnóstico de Enfermagem:** Aplicação à prática clínica. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M. ; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 66, n. esp., p. 134-141, set. 2013.

CARVALHO, E. C.; KUSUMOTA, L. Processo de enfermagem: resultados e consequências da utilização para a prática de enfermagem. **Acta paul. enferm.,** São Paulo, v.22, n. esp., p. 554-557, 2009.

CERULLO, J. A. S. B.; CRUZ, D. A. L. M. Raciocínio clínico e pensamento crítico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 124-129, fev. 2010.

CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L.S.; BONOW, C.A. Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 17-24, jan/mar. 2010.

CHISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizada ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev Enfermagem USP,** São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, 2009.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.** Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 17 fev. 2016.

CONTIJO, A. C.; MAIA, C. S. C. Tomada de decisão, do modelo racional ao comportamental: uma síntese teórica. **Caderno de pesquisa em Administração,** São Paulo, v. 11, n. 4, out./dez. 2004.

CORRÊA, A. C. P.; ARAÚJO, E. F.; RIBEIRO, A. C.; PEDROSO, I. C. F. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Goiânia, v. 14, n. 1, p. 171-80, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

CROSSETTI, M. G. O.; BITTENCOURT, G. K. G. D.; LIMA, A. A.; GÓES, M. G. O.; SAURIN, G. Elementos estruturais do pensamento crítico de enfermeiros atuantes em emergências. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 55-60, set. 2014.

DALRI, R. C. M. B.; SILVA, L. A.; MENDES, A. M. O. C.; ROBAZZI, M. L. C. C. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 959-65, nov.-dez. 2014.

ELSTEIN, G.; BORDAGE, G. **The psychology of clinical reasoning**– Professional Judgment. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

FERNANDES, J. S.; MIRANZIS, S. S. C.; IWAMOTO, H. H.; TAVARES, D. M. S.; SANTOS, C. B. Quality of life of family health team nursing: the relationships of sociodemographic factors. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-42, jul./set. 2010.

FERREIRA, D. C.; SOUZA, I. D.; ASSIS, C. R. S.; RIBEIRO, M. S. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p.283-288, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n2/a16v38n2.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREITAS, G. F.; FUGULIN, F. M. T.; FERNANDES, M. F. P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. esc. enferm.USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 434-8, set. 2006.

FREITAS, G. F.; OGUISSO, T. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 141-144, mar./abr. 2007. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/91%20-%20OGUISSO,%20T\\_%20Enfermeiros%20prescrevendo%20medicamentos%20-%20possibilidades%20e%20perspectivas.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/91%20-%20OGUISSO,%20T_%20Enfermeiros%20prescrevendo%20medicamentos%20-%20possibilidades%20e%20perspectivas.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2016.

GALE, J.; MARSDEN, P. **Medical diagnosis**: From student to clinician. Oxford: Oxford University Press, 1983.

GIMENES, F. R. E.; MOTA, M. L. S.; TEIXEIRA, T. C. A.; SILVA, A. E. B. C.; OPTOTZ, S. P.; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente na terapêutica medicamentosa e a influência da prescrição médica nos erros de dose. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, [07 telas], nov.-dez. 2010.

GOMES, J. R. A. A.; CORGOZINHO, M. M.; LOURENCINI, J. C.; HORAN, L. M. A prática do enfermeiro como instrumentador cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 54-63, jan./mar. 2013.

GORDON, M. J.; LORILLA, J. D.; LEHMAN, C. A. The role of the clinical nurse specialist in the future of health care in the united states. **Perioperative Nursing Clinics**, [s.l.], v. 7, n. 3, p. 343-353, 2012.

GRANT, J.; MARSDEN, P. The structure of memorised knowledge in students and clinicians: an explanation for diagnostic expertise. **Medical Education**, [s.l.], v. 21, p. 92-98, 1987.

GUSSI, M. A.; DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 377-84, maio-jun. 2008.

HAYES, C.; POWER, T.; DAVIDSON, P. M.; DALY, J.; JACKSON, D. Nurse interrupted: development of a realistic medication administration simulation for undergraduate nurses. **Nurse Education Today**, [s.l.], v. 32, n. 9, p. 981-6, jul. 2015.

HERDMAN, T. H. Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. IV, out.2014.

HILL, K.; DNP; RN; NEA-BC; FACHE. improving quality and patient safety by retaining nursing expertise. **OJIN**, Montgomery, v. 15, n. 3, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No3-Sept-2010/Articles-Previously-Topic/Improving-Quality-and-Patient-Safety-.html>>. Acesso em: 28 fev. 2016.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária, 1979.

HOUAISS A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JONES, U. F. The reliability and validity of the Bordage, Grant & Marsden inventory for use with physiotherapists. **Medical Teacher**, v. 19, p. 133-140, 1997.

KLETEMBERG, D. F. ; SIQUEIRA, M. T. D.; MANTOVANI, M. F.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; ANDERS, J. C. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 26-32, fev. 2010.

KUWABARA, C. C. T.; ÉVORA, Y. D. M.; OLIVEIRA, M. M. B. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: construção e validação de instrumento de avaliação de produto médico-hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 5, [09 telas], set./out. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_15.pdf)>. Acesso em : 15 abr. 2016.

LA TORRE, A. LUSIGNANI, M. Nursing in the Sardinian-Piedmontese Army during the Crimean War. **Professioni Infermieristiche**, [s.l.], v. 66, n. 4, p. 237-242, out.-dez. 2013.

LEE, S.; MCCANN, D.; MESSENGER, J. C. **Duração do trabalho em todo o mundo**: tendências de jornadas de trabalho, legislação e políticas numa perspectiva global comparada, Secretaria Internacional de Trabalho. Brasília: OIT; 2009.

LEMIEUX, M.; BORDAGE, G. Structuralisme et pédagogie médicale: étude comparative des stratégies cognitives d'apprentis-cliniciens. **Recherches Sémiotiques**, [s.l.], v. 6, p. 143-179, 1986.

LEVETT-JONES, T.; BOURGEOIS, S. Learning to think like a nurse. **Hunter New England Nursing Journal**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 15-20, 2010.

LEVETT-JONES, T.; HOFFMAN, K.; BOURGEOIS, S.; KeENNY, R.; DEMPSEY, J.; HICKEY, N.; HUNTER, S.; JEONG, S.; NORTON, C.; ROCHE, J.; ARTHUR, C.; LAPKIN, S.; JEFFREY, J. **Clinical reasoning: instructor resources**. Australian Government Department of Education, Employment and Workplace (DEEWR); University of Newcastle, 2009.

LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problemas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n. 4, p.1-8, jul./ago.2011.

LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. 2. ed. São Paulo: Editora ROCA, 2009.

LOURENÇÃO, D. C. A.; TRONCHIN, D. M. R. Patient safety in the surgical environment: translation and cross-cultural adaptation of validated instrument. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-8, 2016.

LUCENA, F. A.; SANTOS, C. T.; PEREIRA, A. G. S.; ALMEIDA, M. A.; DIAS, V. L. M.; FRIEDRICH, M. A. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 1-8, maio-jun. 2011.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2. ed. Pelotas, RS: UFPEL Editora e Gráfica Universitária, 2004.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013

MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDO, C. O.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-12, jul.-ago. 2009.

MAJID, S.; FOO, S.; LUYT, B.; ZHANG, X.; THENG, Y.-L.; CHANG, Y.-K.; MOKHTAR, I. A. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. **J. Med. Libr. Assoc.**, [s.l.], v. 99, n.3, p. 229-236, jul. 2011.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F.O. M. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 297-303, mar./abr. 2012.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-8, jul.-set. 2006.

MEIER, M. J. Raciocínio clínico: uma tecnologia instrumental para o cuidado de enfermagem. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: ABeM, 2009. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.100.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Em busca do tempo: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na Atenção Primária à Saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem)– Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NÓBREGA, M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2009. 232 p.

OKSANEN, J.; BLANCHET, F. G.; FRIENDLY, M.; KINDT, R.; LEGENDRE, P.; MCGLINN, D.; MINCHIN, P. R.; O'HARA, R. B.; SIMPSON, G. L.; SOLYMOS, P.; STEVENS, M. H. H.; SZOECES, E.; WAGNER, H. **vegan: Community Ecology Package**. Versão 2.4-1. Publicado em 07 set. 2016. Disponível em: <<http://CRAN.R-project.org/package=vegan>>. Acesso em: 10 out. 2016.

OLIVEIRA, P. B.; SPIRI, W. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; MONDINI, C. C. S. D. Comparison between the accredited and nonaccredited public hospital working environments. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 53-9, 2016.

OLIVEIRA, R. M.; LEITÃO, I. M. T. A.; SILVA, L. M. S.; FIGUEIREDO, S. V.; SAMPAIO, R. L.; GONDIM, M. M. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

PADILHA, E. F.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos cuidados de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio de auditoria operacional. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 684-691, ago. 2011.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 723-6, nov./dez. 2005.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. Patient Safety Culture in Primary Health Care. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-10, abr.- jun. 2013.

PÁFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas, **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/41391/44970>>. Disponível em: 5 fev. 2016.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: J. C. Reis Livraria, 1979.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MÉIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **RevEscEnferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007.

PASSOS S. S. S.; SADIGUSKY D.: Cuidado de enfermagem ao paciente dependente hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 598-603, out.-dez. 2011.

PEARCE, R. The results of the crimean war. **History Review –Talking Points**, [s.l.], p. 27-33, set. 2011. Disponível em: <[http://nisis.weebly.com/uploads/1/0/2/9/10295486/results\\_of\\_the\\_crimean\\_war\\_\\_history\\_today.pdf](http://nisis.weebly.com/uploads/1/0/2/9/10295486/results_of_the_crimean_war__history_today.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2016.

PEDROSA, I. C.; CORREA, A. C. P.; MANDÚ, E. M. Influência da infraestrutura de centro de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, jan.-mar. 2011.

PEREIRA, A. H.; DIOGO, R. C. S. Análise do raciocínio clínico do graduando em Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **J. Health Sci. Inst.**, [s.l.], v.30, n. 4, p. 349-53, 2012.

PEREZ JÚNIOR, E. F. ; OLIVEIRA, E. B. ; DANTAS, N. V. S. ; LISBOA, M. T. L. ; SILVINO, Z. R. Safety performance and risk prevention in intensive care: hard technologies. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 327-3, maio/jun. 2014.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. A implantação de uma ferramenta de gestão da qualidade em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4., p. 1024-1031, dez. 2010.

PETERSON, C. Factors associated with success or failure in radiological interpretation: Diagnostic-thinking approaches. **Medical Education**, v. 33, p. 251-259, 1999.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 62, n.5, p. 739-4, set.-out. 2009.

PIZZOLI, L. M. L. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital de Heliópolis. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1065-62, 2005.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame Clínico**: bases para a prática médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Ganabara Koogan, 2013.

R DEVELOPMENT CORE TEAM (2013).**R: The R Project for Statistical Computing**. Versão 3.3.1. Publicado em 21 de jun. 2016 Disponível em: <<https://www.r-project.org/>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

RADUENZ, A. C.; HOFFMANN, P. P.; RADUENZ, V.; SASSO, G. T. M. D.; MALISKA, I. C. A.; MARCK, P. B. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, [10 telas], nov.-dez. 2010.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, jul.2013.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MAURO, M. Y. C.; SECCO, I. A. O.; DALRI, R. C. M. B.; FREITAS, F. C. T.; TERRA, F. S. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **RevEnferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, out.-dez. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/5657>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

ROCKVILLE, M. D. **Patient Safety and Quality**: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville: Hughes RG, editor. 2008.

RODRIGUES, A. S. **Raciocínio diagnóstico de enfermeiros e estudantes de enfermagem**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto)– Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/T.7.2012.tde-14112012-103847. Acesso em: 17 fev. 2016.

ROUND, A. P. Teaching clinical reasoning – a preliminary controlled study. **Medical Education**, v. 33, p. 480-483, 1999.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

SALES, O. P.; OLIVEIRA, C. C. C.; SPIRANDESLI, M. F. A. P.; CÂNDIDO, M. T. Atuação de enfermeiros em um Centro de Diagnóstico por Imagem. **J Health Sci Inst.**, v. 28, n. 4, p. 325-8, 2010.

SANTOS, B. P.; FERREIRA, G. B.; SOARES, M. C.; MEINCKE, S. M. K. Ensino de enfermagem no Brasil: do advento do sistema Nightingale ao cenário científico. **Hist. Enf. Rev. Eletr. (HERE)**, Brasília, v. 5, n.2, p. 310-322, ago/dez. 2014.

SANTOS, R. M. S.; MELO, C. M. S. S.; PEIXOTO, L. S. P.; IZU, M.; LEAL, S. V. Relato de experiência do enfermeiro residente com a implantação do instrumento da assistência de enfermagem. **Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, 2(supl.), p. 288-92, out. 2010

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SHIMIZU, H. E., COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, [09 telas], mai.-jun. 2011.

SILVA, A. C.; RODRIGUES, L. M. S.; SOUZA, M. M. T.; BIBIANO, R. S. Nursing and the continuing education in prevention and control of nosocomial infections. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 5, n. 2, p. 5-10, jul./dez. 2014.

SILVA, A. G. I.; PEIXOTO, M. A. P.; BRANDÃO, M. A. G.; FERREIRA, M. A.; MARTINS, J. S. A. Dificuldades dos estudantes de enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 466-471, jul.-set. 2011.

SILVA, C. S.; PINTO, S. S. **Estatística**. Rio Grande: FURG, 2011, v. III.

SILVA, G. M.; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica oposta metodológica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-6, mai.-jun. 2009.

SILVA, M. G.; FERNANDES, J. D.; TEIXEIRA, G. A. S.; SILVA, R. O. M. O processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: Desafios e perspectivas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-84, jan.-mar. 2010.

SILVA, N. S.; ESPERIDIÃO, E.; BEZERRA, A. L. Q.; CALVACANTE, A. C. G.; SOUZA, A. C. S.; SILVA, K. K. C. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de Saúde Mental. **RevBrasEnferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 745-52, set.-out. 2013.

SILVEIRA, L. C.; AGUIAR, D. T.; PALÁCIO, P. D. B.; DUARTE, M. K. B. A Clínica de enfermagem em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 107-120, maio/ago. 2011.

SOBRAL, D. T. Diagnostic ability of medical students in relation to their characteristics and preclinical background. **Medical Education**, v. 29, p. 278-282, 1995.

\_\_\_\_\_. Appraisal of medical students' diagnostic ability in relation to their learning achievement and self-confidence as a learner. **Medical Teacher**, v. 22, p. 59-63, 2000.



\_\_\_\_\_. Características do Inventário de Raciocínio Diagnóstico de Bordage, Grant e Marsden. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 079-085, jan./abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n1/5408.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2016.

SOUSA, C. S.; MARQUES, I. R. Fatores facilitadores e dificultadores da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Ver Enferm UNISA**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 100-6, 2011. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2011-2-03.pdf>>. Acesso em 21 out. 2015.

SOUSA, J. M.; ALVES, E. D. Nursing competencies for palliative care in home care. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 264-9, 2015.

SOUSA, L. D. ; LUNARDI FILHO, W. D. ; LUNARDI, V. L. ; SANTOS, S. S. C. ; SANTOS, C. P. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Rev. esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 494-500, abr. 2011.

SOUZA, I. A. S.; PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F.; PINHO, P. H.; GONÇALVES, R. M. D. A. Work process and its impact on mental health nursing professionals. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 5, p. 447-53, 2015.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 167-173, abr. 2013.

TIMM, M.; RODRIGUES, M. C. Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-37, 2016.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V. L.; BARLEM, E. L. D.; RAMOS, A. M.; SILVEIRA, R. S.; VARGAS, M. A. O. Como enfermeiros vêm exercendo a advocacia do paciente no contexto hospitalar? – Uma perspectiva Foucaultiana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. e2560014, 2016.

TONINI, N. S.; FLEMING, S. F. História da Enfermagem: evolução e pesquisa. **Arq. Ciências Saúde UNIPAR**, Umuarama, v.6, n. 3, p. 131-134, 2002.

TREVIAN, D. D.; MINZON, D. T.; TESTI, C. V.; RAMOS, N. A.; CARMONA, E. V.; SILVA, E. M. Formação de enfermeiros - distanciamento entre a graduação e a prática profissional. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 331-7, abr.-jun. 2013.

TRUPPEL, T. C. ; MEIER, M. J. ; CALIXTO, R. C. ; PERUZZO, S. A. ; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 221-7, mar.-abr. 2009.

VIANA, R. A. P. P.; VARGAS, M. A. O.; CARMAGNANI, M. I. S.; TANAKA, L. H.; LUZ, K. R.; SCHMITT, P. H. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 151-9, jan./mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00151.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00151.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2016.

VIEIRA, F. S.; CALDANA, R. H. L.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Relatos de auxiliares de enfermagem psiquiátricos sobre suas práticas e sobre pessoas internadas por uso compulsivo de substâncias psicoativas. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, p. 139-148, 2013.

VITURI, D. W.; MATSUDA, M. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. **Rev. Esc. Enferm. da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2., p. 429-437, jun. 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary of the evidence on patient safety**: implications for research. Spain: WHO, 2008.



**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO A  
CHEFIA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL e MATERNIDADE  
INDÍGENA PORTA DA ESPERANÇA DE DOURADOS**

Ilma Sra. Rosângela Alves de Brito

Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança da Missão Caiua do município de Dourados-MS.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Raciocínio Clínico do Enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente”**, com os Enfermeiros do Hospital e Maternidade Indígena da Missão Caiua do município de Dourados-MS. O objetivo geral do estudo é desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente; sendo os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS. O estudo propõe uma pesquisa quantitativa, descritivo de corte transversal. Esta pesquisa tem como orientador o Prof DrWilson Danilo Lunardi Filho. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

<b>Marcos Antônio Nunes de Araújo</b> Doutorando em Enfermagem	<b>Wilson Danilo Lunardi-Filho</b> Pesquisador responsável
Ciente:	De acordo:
Data: 02/02/2016	Enf. <b>Rosângela Alves de Brito</b> Chefe do serviço de Enfermagem



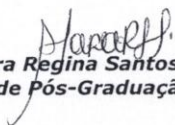
Universidade Federal do Rio Grande – FURG  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
Área Acadêmica da Saúde Prof. Newton Azevedo – 4º andar  
Rua Gen. Osório, s/nº - CEP 96200-190 – Tel.: (53) 3233 0310  
Home: [www.ppgenf.fur.br](http://www.ppgenf.fur.br) - E-mail: [pgenf@furg.br](mailto:pgenf@furg.br)



## DECLARAÇÃO

Declaramos que, nesta data, foi realizada a Sessão Pública de Exame de Qualificação de Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem, intitulado "**RACIOCÍNIO CLÍNICO DO ENFERMEIRO: REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE**", de autoria do aluno **Marcos Antonio Nunes de Araujo**, ocorrida às 9h30min, na sala LASHE, da Área Acadêmica Prof. Newton Azevedo, perante a Banca Examinadora designada pela Portaria N.º 1679/2015, constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, FURG (Presidente), CPF 222.716.430-15; Profa. Dra. Rosemary Silva da Silveira, FURG (Efetivo), CPF 476.052.430-49; Prof. Dr. Norlai Alves Azevedo, UFPEL (Efetivo), CPF 417.156.590-15; Profa. Dra. Márcia Regina Martins Alvarenga, UEMS (Efetivo), CPF 017.848.318-40; Profa. Dra. Lenice Dutra de Sousa, FURG (Efetivo), CPF 000.952.010-41; Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem, FURG (Suplente), CPF 949.044.560-68 e Profa. Dra. Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke, UFPEL (Suplente), CPF 976.730.130-53.

Rio Grande, 31 de agosto de 2015.

  
**Prof.ª Dr.ª Mara Regina Santos da Silva**  
**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal do Rio Grande – FURG  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**



**PORTARIA N.º 1679/2015**

A COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do artigo 1.º da Portaria 526/2002,

RESOLVE:

Art. 1.º - Instituir Banca Examinadora de Qualificação de Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde, do aluno **Marcos Antonio Nunes de Araujo** intitulada: **"RACIOCÍNIO CLÍNICO DO ENFERMEIRO: REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE"**, sob orientação do Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

Art. 2.º - Designar os professores doutores Wilson Danilo Lunardi Filho, Rosemary Silva da Silveira, Norlai Alves Azevedo, Márcia Regina Martins Alvarenga, Lenice Dutra de Sousa, Edison Luiz Devos Barlem e Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke para, sob a presidência do primeiro, compor a referida banca.

DÊ-SE CIÊNCIA E CUMpra-SE  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Em 11 de agosto de 2015.

  
**Prof.ª Dr.ª Mara Regina Santos da Silva**  
**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal do Rio Grande – FURG  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**



**PORTARIA N.º 1679/2015**

A COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do artigo 1.º da Portaria 526/2002,

RESOLVE:

Art. 1.º - Instituir Banca Examinadora de Qualificação de Projeto de Tese de Doutorado em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde, do aluno **Marcos Antonio Nunes de Araujo** intitulada: **"RACIOCÍNIO CLÍNICO DO ENFERMEIRO: REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE"**, sob orientação do Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho.

Art. 2.º - Designar os professores doutores Wilson Danilo Lunardi Filho, Rosemary Silva da Silveira, Norlai Alves Azevedo, Márcia Regina Martins Alvarenga, Lenice Dutra de Sousa, Edison Luiz Devos Barlem e Camila Rose Guadalupe Barcelos Schwonke para, sob a presidência do primeiro, compor a referida banca.

DÊ-SE CIÊNCIA E CUMpra-SE  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Em 11 de agosto de 2015.

  
**Prof.ª Dr.ª Mara Regina Santos da Silva**  
**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**



**CEPAS/FURG**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 184/2015**

**CEPAS 95/2015**

**CAAE:** 50643215.7.0000.5324

**Processo:** 23116.007622/2015-51

**Título da Pesquisa:** Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado e na Segurança do Paciente

**Pesquisador Responsável:** Marcos Antonio Nunes de Araujo.

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado e na Segurança do Paciente.**"

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página

Data de envio do **relatório final**: 30/10/2016.

Rio Grande, RS, 30 de novembro de 2015.

Prof.<sup>a</sup> Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG




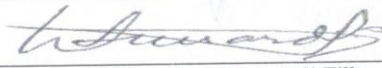

**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À  
CHEFIA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DA GRANDE DOURADOS**

Ilmo Sr. Michel Coutinho dos Santos

Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitária da Grande Dourados  
UFGD.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado de Enfermagem e Segurança do Paciente”**, com os Enfermeiros do Hospital da Vida de Dourados - MS. O objetivo geral do estudo é desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente; sendo os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS. O estudo propõe uma pesquisa quantitativa, descritivo de corte transversal. Esta pesquisa tem como orientador o Prof<sup>o</sup> Dr Wilson Danilo Lunardi-Filho. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

 <b>Marcos Antônio Nunes de Araújo</b> Doutorando em Enfermagem	 <b>Wilson Danilo Lunardi-Filho</b> Pesquisador responsável
Ciente: _____	De acordo:  Chefe Divisão de Enfermagem COREN-MS 227.686
Data: <u>17</u> /12/2015	Enf <sup>o</sup> <b>Michel Coutinho dos Santos</b> Chefe da Divisão de Enfermagem




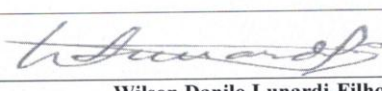
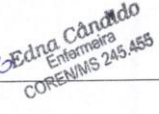


**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À CHEFIA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL EVANGÉLICO Dr. e Sra. GOLDSBY KING**

Ilma Sra. Edna Cândido. Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado de Enfermagem e Segurança do Paciente”**, com os Enfermeiros do hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King. O objetivo geral do estudo é desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente; sendo os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS; O estudo propõe uma pesquisa quantitativa, descritivo de corte transversal. Esta pesquisa tem como orientador o Prof Dr Wilson Danilo Lunardi Filho. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

	
<b>Marcos Antônio Nunes de Araújo</b> Doutorando em Enfermagem	<b>Wilson Danilo Lunardi-Filho</b> Pesquisador responsável
Ciente: <u>Edna Cândido</u>	De acordo: <u>Edna Cândido</u> 
Data: <u>17/12/2015</u>	<b>Enf. Édna Cândido</b> Chefe da Divisão de Enfermagem

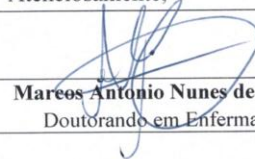
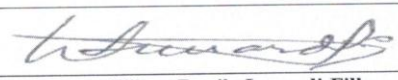
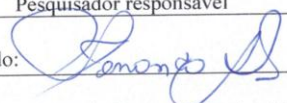


**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À  
CHEFIA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SANTA RITA DE  
DOURADOS**

Ilma Sra. Maria Fernanda Pereira Alves. Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Santa Rita do município de Dourados-MS.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado de Enfermagem e Segurança do Paciente”**, com os Enfermeiros do Hospital Santa Rita Dourados - MS. O objetivo geral do estudo é desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente; sendo os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS. O estudo propõe uma pesquisa quantitativa, descritivo de corte transversal. Esta pesquisa tem como orientador o Prof Dr Wilson Danilo Lunardi Filho. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

 <b>Marcos Antonio Nunes de Araujo</b> Doutorando em Enfermagem	 <b>Wilson Danilo Lunardi-Filho</b> Pesquisador responsável
Ciente: _____	De acordo: 
Data: ____/12/2015	En <sup>o</sup> Maria Fernanda Pereira Alves <b>Chefe da Divisão de Enfermagem</b>



**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À CHEFIA DA  
DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DA VIDA**

Ao Presidente do Hospital da Vida do município de Dourados-MS da Fundação de Serviço de Saúde – FUNSAUD Dr Fábio José Judaceswki.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado de Enfermagem e Segurança do Paciente”**, com os Enfermeiros do Hospital da Vida de Dourados - MS. O objetivo geral do estudo é desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente; sendo os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS; O estudo propõe uma pesquisa quantitativa, descritivo de corte transversal. Esta pesquisa tem como orientador o Prof Dr Wilson Danilo Lunardi Filho. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

<b>Marcos Antonio Nunes de Araujo</b> Doutorando em Enfermagem	<b>Wilson Danilo Lunardi-Filho</b> Pesquisador responsável
Ciente:	De acordo:
Data: <u>27</u> /12/2015	Dr Fábio José Judaceswki Presidente da FUNSAUD

Josiane França Peralta Dan  
Gerência de Desenvolvimento e Qualidade na Saúde  
FUNSAUD





**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À CHEFIA DA  
DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DO CORAÇÃO DE  
DOURADOS**

Ilmo Sr. Vardei França de Lemos, Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital do Coração do município de Dourados-MS.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado de Enfermagem e Segurança do Paciente”**, com os Enfermeiros do Hospital do Coração de Dourados - MS. O objetivo geral do estudo é desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente; sendo os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS. O estudo propõe uma pesquisa quantitativa, descritivo de corte transversal. Esta pesquisa tem como orientador o Prof Dr Wilson Danilo Lunardi Filho. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

<b>Marcos Antônio Nunes de Araújo</b> Doutorando em Enfermagem	<b>Wilson Danilo Lunardi-Filho</b> Pesquisador responsável
Ciente:	De acordo:
Data: <u>05</u> /01/2016	Enfº <b>Vardei França de Lemos</b> Chefe da Divisão de Enfermagem



**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À CHEFIA DA  
DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL CAIXA DE ASSISTENCIA DOS  
SERVIDORES DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL UNIDADE DE  
DOURADOS**

Ilma Diretora Clarinez Soares Brito Giurizato. Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul – CASSEMS do município de Dourados-MS.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Raciocínio Clínico do Enfermeiro: Repercussões na Qualidade do Cuidado de Enfermagem e Segurança do Paciente”**, com os Enfermeiros do Hospital Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul – CASSEMS de Dourados - MS. O objetivo geral do estudo é desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente; sendo os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS. O estudo propõe uma pesquisa quantitativa, descritivo de corte transversal. Esta pesquisa tem como orientador o Prof Dr Wilson Danilo Lunardi Filho. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

Atenciosamente,

<b>Marcos Antônio Nunes de Araújo</b> Doutorando em Enfermagem	<b>Wilson Danilo Lunardi-Filho</b> Pesquisador responsável
Ciente:	De acordo: <b>Clarinez S. B. Giurizato</b> Enf. RT Hosp. CASSEMS COREN/MS 185.808
Data: 17/01/2016	<b>Enf. Clarinez Soares Brito Giurizato</b> Diretora dos Serviços de Enfermagem



**AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO A  
CHEFIA DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL e MATERNIDADE  
INDÍGENA PORTA DA ESPERANÇA DE DOURADOS**

Ilma Sra. Rosângela Alves de Brito

Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança da Missão Caiua do município de Dourados-MS.

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: **“Raciocínio Clínico do Enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente”**, com os Enfermeiros do Hospital e Maternidade Indígena da Missão Caiua do município de Dourados-MS. O objetivo geral do estudo é desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e segurança do paciente; sendo os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS. O estudo propõe uma pesquisa quantitativa, descritivo de corte transversal. Esta pesquisa tem como orientador o Prof DrWilson Danilo Lunardi Filho. Na certeza de contar com vosso apoio, desde já agradeço e coloco-me à disposição para possíveis esclarecimentos.

<b>Marcos Antônio Nunes de Araújo</b> Doutorando em Enfermagem	<b>Wilson Danilo Lunardi-Filho</b> Pesquisador responsável
Ciente:	De acordo:
Data: 02/02/2016	Enfª. <b>Rosângela Alves de Brito</b> Chefe do serviço de Enfermagem





Eu, \_\_\_\_\_, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa intitulada: Raciocínio clínico do enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Fui esclarecido (a) também, sobre o objetivo geral do estudo: Desvelar o raciocínio clínico do enfermeiro e identificar suas repercussões na qualidade do cuidado de Enfermagem e na segurança do paciente; e sobre os objetivos específicos: Conhecer o perfil sociodemográfico dos enfermeiros dos hospitais do município de Dourados-MS; Conhecer as barreiras e as facilidades encontradas para desenvolver o raciocínio clínico; Conhecer em área o paciente esteja menos seguro e Verificar as contribuições do inventário do raciocínio diagnóstico no desempenho da prática clínica dos enfermeiros de Dourados-MS. Trata-se de um estudo quantitativo, descritiva e de corte transversal.

Obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos a minha integridade física. Compreendo que essa pesquisa pode beneficiar a enfermagem, aos pacientes e às instituições de saúde. Estou ciente, ainda, da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; da garantia de ter minhas dúvidas esclarecidas antes e durante o desenvolvimento deste estudo; da segurança de ter privacidade individual, sigilo e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que esses dados foram usados exclusivamente para a concretização dessa pesquisa; da garantia de retorno dos resultados obtidos e da sustentação desses aos preceitos Éticos e Legais conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da responsável: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Marcos Antonio Nunes de Araujo  
 Doutorando

\_\_\_\_\_  
 Wilson Danilo Lunardi Filho  
 Pesquisador responsável

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido terá duas vias, sendo que uma ficará com o doutorando e a outra via com a participante da pesquisa. Responsável pela pesquisa: Rua General Osório, SN 96201-040 / Rio Grande - RS Telefone: (053) 81103536.

**Apêndice K** – Questionário sociodemográfico.



Sexo:  masculino  feminino.

Idade em anos:

Estado civil:  solteiro  casado/união estável  
 separado/divorciado  viúvo

Jornada de trabalho:  20h  40h

Forma de contrato:  efetivo  colaborador/cedido  convocados

Renda mensal em R\$:

Tempo de exercício como Enfermeiro em anos:

Carga horária semanal:  até 20 horas  20 a 30 horas  40 horas ou mais

Tempo que trabalha no hospital : ..... ano(s) e ..... meses.

Vínculo trabalhista com o hospital:  efetivo  convocado  CLT

Formação universitária (nome da Instituição):

Titulação:  graduado  especialista  mestre  doutor  PhD

Desenvolve outra (s) atividades econômica renumerada:  sim  não

Quantas?

Onde:  outro hospital  clínica  SMS  outros:

Você se sente seguro com sua assistência prestada ao seu paciente?

Em que área você observa que o paciente esteja menos seguro?

- ( ) Procedimento médico ( ) Procedimento de enfermagem  
 ( ) Procedimento de fisioterapia ( ) Prescrição médica  
 ( ) Administração de medicamentos pela enfermagem ( ) Prescrição de Fisioterapia  
 ( ) Cuidados médicos ( ) Cuidados de enfermagem ( ) Cuidados fisioterapia  
 ( ) Orientação médica ( ) Orientação de enfermagem ( ) Orientação de fisioterapia

Assinale duas (2) barreiras e duas (2) facilidades encontradas no quadro abaixo para desenvolver o raciocínio clínico?

Possíveis facilitadores	Possíveis barreiras
Ser assinante de revista da enfermagem ( )	Pouco tempo para estudar( )
Participar da educação permanente ( )	Pouco tempo de formação ( )
Congressos/seminário/simpósio de enfermagem ( )	Deficiência da formação ( )
Experiências de outras instituições ( )	Estar na unidade diferente que sou qualificado ( )
Boa estrutura física e bons recursos humanos ( )	Acúmulo de trabalho ( )
Boa formação acadêmica ( )	Falta de reconhecimento ( )