




Laryssa Wilson Paiva GONÇALVES**

 <http://orcid.org/0000-0001-5828-768X>


Daniele Alcalá POMPEO***

 <http://orcid.org/0000-0003-2671-2586>

Letícia Palota EID****

 <http://orcid.org/0000-0002-9413-563X>

Eugênia Velludo VEIGA*****

 <http://orcid.org/0000-0003-3677-0210>

Recebido em: 08 de Novembro de 2018

Aprovado em: 07 de Fevereiro de 2019

COMPARAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ELABORADOS POR ENFERMEIROS PESQUISADORES E ENFERMEIROS CLÍNICOS: REFLEXÃO ACERCA DO RACIOCÍNIO CLÍNICO*

NURSING DIAGNOSES COMPARISON DRAFTED BY RESEARCH AND PRACTITIONER NURSES: CONSIDERATIONS ABOUT CLINICAL REASONING

RESUMO

Objetivo: comparar os títulos dos diagnósticos de enfermagem realizados pelo modelo *Outcome-Present State-Test* (OPT) vs resolução de problemas, em uma unidade de cuidados cardiovasculares. **Método:** Estudo descritivo realizado com 50 pacientes com doenças cardíacas em um hospital público. Os dados foram coletados em duas etapas. A primeira foi diretamente com o paciente, por meio de anamnese e exame físico, guiados por formulário validado. Os diagnósticos foram obtidos utilizando-se o raciocínio clínico OPT e a terminologia padronizada da NANDA-I. A segunda fase consistiu na coleta dos diagnósticos elaborados pelos enfermeiros clínicos, com base na resolução de problemas, do prontuário eletrônico. A comparação entre os diagnósticos dos dois modelos foi realizada por meio da técnica de mapeamento cruzado. **Resultados:** Os principais diagnósticos elencados pelos enfermeiros que utilizaram OPT foram Risco de sangramento, Débito cardíaco diminuído e Conhecimento deficiente. Os profissionais que empregaram o método de resolução de problemas identificaram os diagnósticos de Risco de quedas e Risco de infecção. **Conclusão:** A concordância dos enunciados diagnósticos entre enfermeiros que empregaram OPT vs resolução de problemas foi baixa. O modelo OPT pode ser considerado um recurso valioso para impulsionar o processo de raciocínio clínico.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem. Processos de enfermagem. Doenças cardiovasculares. Avaliação em enfermagem. Pacientes internados.

ABSTRACT

Purpose: Comparing the nursing diagnoses titles achieved by *Outcome-Present State-Test* (OPT) model vs problem solving, in a heart care center. **Method:** Descriptive study accomplished with 50 patients with heart conditions in a public hospital. Data was collected in two stages. The first one was directly with the patient, through anamnesis and physical examination; they were guided by a validated application form. The diagnoses were obtained by using OPT clinical reasoning and NANDA-I standardized terminology. The second stage consisted on diagnoses collection which was elaborated by nurse practitioners, based on electronic health records problem resolutions. The comparison between both models was accomplished through cross mapping technique. **Results:** The main diagnoses highlighted by nurses who used OPT were Risk of bleeding, Reduced cardiac output and Poor Awareness. Practitioners who applied the problem solving method identified the diagnoses of Risk of falling and Risk of infection. **Conclusion:** The accordance of the diagnoses listed among nurses who applied OPT vs problem solving was low. OPT method may be considered a valuable resource to boost clinical reasoning process.

Descriptors: Nursing diagnoses. Nursing Processes. Heart conditions. Nursing assessment. Hospitalized patients.

*Manuscrito extraído da dissertação de mestrado intitulada “Diagnósticos de enfermagem em pacientes com doenças cardiovasculares: aplicação do modelo *Outcome-Present State-Test*”, 2017, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

**Enfermeira da Unidade de Endoscopia do Ambulatório Médico de Especialidades de São José do Rio Preto, Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, laryssa_wilson@hotmail.com

***Enfermeira. Professora, Doutora do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, daniele.pompeo@famerp.br

****Enfermeira. Professora, Doutora da Universidade Federal de Goiás, Unidade Acadêmica Especial de Ciências da Saúde (CISAU), Jataí, Goiás, Brasil. lpalota@hotmail.com

*****Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, evveiga@eerp.usp.br

Autor responsável: Daniele Alcalá Pompeo. Endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416, Vila São Pedro. CEP: 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Telefone: +55 17 98820-5212. E-mail: daniele.pompeo@famerp.br

1 INTRODUÇÃO

Apesar de o processo de enfermagem representar um instrumento de trabalho do enfermeiro, de caráter obrigatório em território nacional, estudos apontam dificuldade na realização de suas etapas^{1,2}.

Na prática clínica das autoras, é constatado, rotineiramente, que o processo de enfermagem não orienta o enfermeiro na tomada de decisão acerca do gerenciamento do cuidado. Verifica-se, ainda, a utilização de instrumentos de coleta de dados bastante simplificados, sem dados específicos da população atendida e, muitas vezes, não embasados em referenciais teóricos. Observa-se que a avaliação do paciente no momento da admissão hospitalar ou na passagem de visita tem se limitado a algumas perguntas relacionadas ao sono e repouso, padrão respiratório, eliminação vesical e intestinal e presença de acessos venosos. O exame físico é parcialmente executado e este fato pode estar relacionado à deficiência de conhecimentos e habilidades específicas no seu desempenho².

Um estudo, cujo objetivo foi analisar as etapas do processo de enfermagem implantadas em um hospital de médio porte na região sul do Brasil, avaliou 105 prontuários de pacientes. Os autores identificaram que, em apenas três, o exame físico foi registrado de forma completa, destacando que as avaliações mais negligenciadas eram as relacionadas às mucosas e aparelho cardiovascular¹.

Estudos apontaram dificuldades na realização do diagnóstico de enfermagem^{3,4}, que podem estar relacionadas a fatores inerentes à própria estrutura do processo de enfermagem, ao ensino de suas etapas, às características dos cenários da prática assistencial e ao déficit nas habilidades e competências dos profissionais³.

Pesquisa conduzida em um hospital de ensino, de capacidade extra, demonstrou que as prescrições de enfermagem não estão sendo realizadas, em sua totalidade, em consonância com as necessidades dos pacientes. O estudo identificou que apenas 75% dos itens da prescrição de enfermagem estavam compatíveis com as necessidades de cuidado dos pacientes. Evidenciou, ainda, que 35% das necessidades identificadas no momento da admissão e 32,3%, na alta hospitalar não tiveram prescrições relacionadas⁵.

Percebe-se que equívocos na coleta de dados podem levar a erros no diagnóstico de enfermagem e, conseqüentemente, intervenções pouco relacionadas às respostas humanas afetadas do indivíduo. Essa problemática pode estar associada a diversos fatores: resistência na utilização do método, falta de conhecimento e habilidades no manuseio das taxonomias, número

de enfermeiros insuficientes, falta de tempo^{2,3} e dificuldades no pensamento crítico e raciocínio clínico.

Acredita-se que o raciocínio clínico para a identificação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem pode ser facilitado pelo uso de instrumento específico na primeira etapa do processo de enfermagem, calcado em referencial teórico consistente e apropriado ao perfil da clientela. A utilização de instrumentos inadequados e a complexidade da tarefa de diagnosticar foram destacadas como fatores que podem levar a desacordos clínicos entre os enfermeiros, o que pode ser entendido como a elaboração de diagnósticos de enfermagem que divergem da situação real apresentada pelo paciente⁶.

A prática de enfermagem contemporânea é focada em resultados e na análise complexa das múltiplas condições do paciente. Diante desse contexto, um modelo de raciocínio diagnóstico denominado *Outcome-Present State-Test* (OPT) é apontado como ferramenta para auxiliar o raciocínio clínico e, conseqüentemente, incentivar novas habilidades cognitivas⁷. É um modelo circular, em teia, que requer que os enfermeiros considerem as respostas humanas dos pacientes de forma simultânea, para que haja discernimento de qual é a necessidade central e mais importante da pessoa, elucidando, ainda, como se dá a relação entre essas necessidades⁷.

Portanto, a proposta dessa investigação surgiu em razão dos constantes desafios da enfermagem em aperfeiçoar a observação e a avaliação clínica para a construção de diagnósticos de enfermagem que orientem os tratamentos e facilite a tomada de decisões, proporcionando ao enfermeiro integrar, de forma mais efetiva, os conceitos teóricos à prática. Para isso, decidiu-se pesquisar pacientes com afecções cardiovasculares, por diversas razões.

Inicialmente, as doenças cardiovasculares apresentam, atualmente, no Brasil e no mundo, índices alarmantes de morbidade, mortalidade e perda da qualidade de vida, levando várias organizações e sociedades nacionais e internacionais a refletirem sobre propostas e ações para o enfrentamento dessas doenças, que tendem a aumentar, principalmente, nos países em desenvolvimento^{8,9}. Segundo, as doenças cardiovasculares representam condições de saúde complexas, que exigem uma avaliação integral e, muitas vezes, cuidados imediatos pelos profissionais. E, por fim, a literatura apresenta inúmeros estudos sobre o perfil diagnóstico desses pacientes, porém pautado em um modelo linear e tradicional, elucidando a necessidade de estudos com outras abordagens, já que o modelo atual vem apresentando falhas e gerando inquietações.

Portanto, o objetivo desse estudo foi comparar os enunciados dos diagnósticos de enfermagem de pacientes com doenças cardiovasculares elaborados por pesquisadores e enfermeiros da prática clínica.

2 MÉTODO

Estudo descritivo e transversal, realizado em uma Unidade de Internação Médica e Cirúrgica de um hospital escola, de nível quaternário, do interior do Estado de São Paulo, que possui 629 leitos e é referência para atendimento a mais de dois milhões de habitantes dos 102 municípios pertencentes à Divisão Regional de Saúde local. A unidade campo de estudo possui 77 leitos destinados à especialidade cardiovascular e conta com oito enfermeiros, distribuídos nas 24 horas (dois no turno matutino, dois no turno vespertino e quatro no período noturno, sendo dois em plantões pares e dois em ímpares), resultando em um total de 12,83 pacientes/enfermeiro/dia.

A equipe de enfermagem dessa unidade presta cuidados por meio da sistematização da assistência de enfermagem, com as fases: coleta de dados, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, realizados em todos os pacientes, uma vez ao dia.

A coleta de dados é fundamentada nas necessidades humanas básicas, no entanto, não há um roteiro estruturado; o enfermeiro realiza a avaliação do paciente considerando-se as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais e registra as informações de forma descritiva, em prontuário eletrônico. Os diagnósticos de enfermagem são identificados por meio da NANDA-I. Não há uma listagem pré-estabelecida dos principais diagnósticos da unidade. Dessa forma, o profissional, a partir de seu julgamento, realiza o registro eletrônico, também na forma descritiva. Os resultados de enfermagem não são identificados e a elaboração da prescrição é feita a partir de um banco de dados que contém cuidados de enfermagem pré-estabelecidos pelo sistema eletrônico.

Uma amostra não probabilística, do tipo conveniência, foi composta por 50 pacientes internados com diagnóstico de doença cardiovascular (registrado em prontuário pelo médico), idade igual ou superior a 18 anos e com condições cognitivas que possibilitassem a participação no estudo, avaliada pela capacidade de informar o endereço residencial, dia da semana e do mês, idade ou data de nascimento. Foram excluídos pacientes que não eram capazes de se comunicar verbalmente. A coleta e dados abrangeram o período de 01/07/2015 a 31/01/2016.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um formulário já elaborado e validado pela literatura, com bons resultados quanto a sua especificidade, relevância de conteúdo e adequação de linguagem, dotado de três partes: 1) dados de identificação e caracterização sociodemográfica; 2) dados clínicos; 3) roteiro de anamnese e exame físico direcionado à avaliação das respostas humanas de pacientes com doenças cardiovasculares e estruturado nos domínios da NANDA-I e nos Padrões Funcionais de Saúde de Gordon¹⁰.

Um pré-teste com dez pacientes que atendiam aos critérios de inclusão revelou um tempo médio de aplicação do formulário de 60 a 70 minutos e a necessidade de acrescentar os seguintes itens: nível de consciência e orientação, presença de tosse, resultados de gasometria arterial, presença de sondas e cateteres e detalhamento dos hábitos de vida e condições psicossociais. Os pacientes do pré-teste foram excluídos da amostra final.

Anteriormente à coleta dos dados, foi realizado treinamento da pesquisadora para o aperfeiçoamento da obtenção dos dados subjetivos e objetivos dos participantes do estudo, que possuiu carga horária de 30 horas, distribuídas entre teoria e prática e realizada de forma individual pela orientadora do estudo. O conhecimento teórico foi mensurado pela capacidade da pesquisadora em conduzir uma aula teórica a estudantes de curso de graduação em enfermagem de uma universidade privada, com o tema “Anamnese e exame físico de pacientes com afecções cardiovasculares”. As habilidades práticas foram checadas mediante a avaliação de dois pacientes, um com insuficiência cardíaca congestiva e outro com coronariopatia, ambos em cenário prático (hospital onde ocorreu a coleta dos dados).

Os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão foram escolhidos ao acaso e convidados a participar do estudo voluntariamente e por escrito, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Optou-se pela coleta dos dados em pares, porém de forma independente, ou seja, as duas pesquisadoras aplicavam o formulário aos participantes em um mesmo momento, mas cada uma realizava o registro de acordo com a sua interpretação. Essa etapa foi constituída por entrevista, observação e exame físico do paciente.

Imediatamente após a avaliação do paciente, as mesmas pesquisadoras formulavam os diagnósticos de enfermagem, também de forma independente. O processo de raciocínio diagnóstico foi realizado por meio do modelo OPT⁷ e os diagnósticos de enfermagem, elencados a partir do sistema de linguagem padronizado NANDA-I¹¹.

Em seguida, pesquisadora 1 e pesquisadora 2 discutiam a acurácia das informações coletadas e de cada diagnóstico e realizavam a tomada a decisão com base nos seguintes critérios: a) consenso do diagnóstico de enfermagem entre a pesquisadora 1 e a pesquisadora 2: diagnóstico aprovado; b) não consenso do diagnóstico de enfermagem entre a pesquisadora 1 e a pesquisadora 2: os dados registrados no instrumento de coleta eram revisados de forma conjunta pelas pesquisadoras e, caso houvesse necessidade, o paciente era reavaliado nas questões divergentes e, a partir do esclarecimento das evidências, o diagnóstico era aprovado ou refutado.

Com a finalidade de aumentar a acurácia dos resultados obtidos pelos pesquisadores, os registros inseridos no formulário de coleta foram organizados na forma de caso clínico, com seus respectivos diagnósticos de enfermagem, e enviados a expertos ou peritos em diagnóstico de enfermagem e cardiologia, para validação de conteúdo. Os 50 casos foram distribuídos aos profissionais por meio de sorteio simples, de modo que cada caso clínico fosse avaliado por três expertos. Destaca-se que esses expertos foram selecionados por possuírem pontuação satisfatória segundo os critérios estabelecidos por Fehring¹² e Guimarães e colaboradores¹³.

Foi solicitado a esses expertos que analisassem os casos clínicos e atribuisse uma avaliação quanto à pertinência dos diagnósticos de enfermagem estabelecidos pelas pesquisadoras, para cada caso específico, por meio de uma escala Likert, que variava de um a cinco níveis: 1: nada pertinente (pontuação zero); 2: pouco pertinente (pontuação 0,25); 3: de algum modo pertinente (pontuação 0,50); 4: muito pertinente (pontuação 0,75); 5: muitíssimo pertinente (pontuação 1,0)¹². Os diagnósticos de enfermagem que obtiveram a pontuação média dos três profissionais maior ou igual a 0,70, realizada pela somatória dos valores atribuídos ao diagnóstico e dividido pelo número total de expertos, foram considerados aceitos para posterior comparação aos elaborados pelos enfermeiros da prática clínica.

No mesmo dia da coleta de dados dos pesquisadores, o prontuário eletrônico do paciente era acessado e os diagnósticos elencados pelos enfermeiros clínicos da unidade cardiovascular eram registrados e transcritos para um formulário próprio, de modo que os enunciados diagnósticos dos enfermeiros e dos pesquisadores ficassem dispostos lado a lado para a realização da comparação, pela técnica de mapeamento cruzado¹⁴.

Nessa comparação, foram classificados como concordantes os enunciados diagnósticos exatamente iguais, sinônimos, similares ou relacionados. O valor total de concordância e discordância foi calculado por meio da soma dos itens.

Acrescenta-se que os fatores relacionados e características definidoras não foram comparados, já que na maior parte das vezes, os enfermeiros da prática clínica documentavam apenas os títulos dos diagnósticos da NANDA-I.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o nº CAAE 42109415.3.0000.5415, no dia 23/03/2015.

3 RESULTADOS

Dos 50 participantes, 26 (52%) eram do sexo masculino, com variação de idade entre 35 e 91 anos ($64,0 \pm 13,2$ anos). A maioria era de etnia branca (86%), aposentada (70%), vivia com

companheiro (74%), possuía ensino fundamental incompleto (92%) e renda mensal de, no máximo, dois salários mínimos (90%). A insuficiência cardíaca congestiva foi o diagnóstico médico de 22 pacientes (44%), seguida de coronariopatias (n=18; 36%), arritmias (n=6; 12%) e endocardite (n=4; 8%). A maioria dos participantes relatou possuir antecedentes familiares de doenças cardiovasculares (n=30; 60%) e não realizar atividades físicas (n=40; 80%). O índice de massa corporal variou de 17,5 a 40,8 Kg/m² (25,7± 5,1 Kg/m²).

De acordo com os pesquisadores e os expertos, 14 diferentes diagnósticos de enfermagem estiveram presentes nos pacientes internados por doenças cardiovasculares, sendo que três obtiveram frequência maior que 50%, dois com foco no problema e um de risco. Os enfermeiros da prática clínica registraram 15 diferentes diagnósticos de enfermagem para a amostra estudada; no entanto, dois apresentaram frequência maior que 50%: risco de quedas e risco de infecção, conforme Tabela 1. A média de diagnósticos por pacientes foi de 3,3 tanto para os pesquisadores como para os enfermeiros da prática.

Tabela 1 - Distribuição dos principais diagnósticos de enfermagem de pacientes com doenças cardiovasculares (n=50), de acordo com os pesquisadores e enfermeiros da prática clínica. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2015-2016

Diagnóstico de Enfermagem: Pesquisadores	n	%	Diagnóstico de Enfermagem: Enfermeiros	n	%
(00206) Risco de sangramento	47	94	(00155) Risco de quedas	50	100
(00029) Débito cardíaco diminuído	32	64	(00004) Risco de infecção	45	90
(00126) Conhecimento deficiente	31	62			

Fonte: Dos próprios autores.

Destaca-se que entre os pesquisadores, o (00200) Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída esteve presente em 42% dos pacientes. Outros diagnósticos foram elencados, entretanto em percentual abaixo de 25: (00079) Falta de adesão (18%), (00232) Obesidade (18%), (00092) Intolerância à atividade (14%) e (00030) Troca de gases prejudicada (10%). Alguns diagnósticos obtiveram percentuais abaixo de 10: (00132) Dor aguda (6%), (00026) Volume de líquidos excessivo (4%), (00204) Perfusão tissular periférica ineficaz (20%), (00201) Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (2%), (00046) Integridade da pele prejudicada (2%) e (00120) Baixa autoestima situacional (2%).

Para os enfermeiros da prática, outros diagnósticos estiveram presentes, mas em percentuais menores, são eles: (00108) Déficit no autocuidado para banho (22%), (00047) Risco de integridade da pele prejudicada (20%), (00032) Padrão respiratório ineficaz (18%), (00132)

Dor aguda (10%), (0009) Mobilidade no leito prejudicada (6%), (00046) Integridade da pele prejudicada (6%), (00044) Integridade tissular prejudicada (4%), (00030) Troca de gases prejudicada (2%), (00029) Débito cardíaco diminuído (2%), (00025) Risco de volume de líquidos desequilibrado (2%), (00240) Risco de débito cardíaco diminuído (2%), (00033) Ventilação espontânea prejudicada (2%) e (00015) Risco de constipação (2%).

A partir do mapeamento cruzado, foi realizada a comparação dos enunciados diagnósticos entre pesquisadores e enfermeiros da prática clínica. De um total de 307 títulos diagnósticos, distribuídos entre os 50 participantes, apenas dois (0,7%) foram concordantes e 305 (99,3%) discordantes.

4 DISCUSSÃO

O raciocínio clínico é um processo lógico em que os enfermeiros buscam conhecer as necessidades de saúde do paciente, processam essas informações e compreendem as situações, para que possam planejar e implementar intervenções competentes e, ainda, avaliar os resultados. O raciocínio clínico é a essência da prática de enfermagem¹⁵.

Há diferentes tipos de raciocínio clínico propostos na literatura, como: Risner¹⁶, solução de problemas, mapa conceitual¹⁷ e o OPT⁷; no entanto, todos esses modelos devem ser capazes de elucidar as necessidades afetadas do paciente/família/comunidade, para que a equipe de enfermagem possa garantir um cuidado seguro e competente.

Essa pesquisa revelou que a utilização de formas distintas de raciocínio clínico produzirá resultados bastante divergentes. Enfermeiros pesquisadores identificaram como principais diagnósticos de enfermagem em uma amostra de pacientes com afecções cardiovasculares o Risco de sangramento (94%), Débito cardíaco diminuído (64%) e Conhecimento deficiente (62%). Já os enfermeiros da prática clínica identificaram, nos mesmos pacientes, os diagnósticos de Risco de quedas (100%) e Risco de infecção (90%), levando a uma discordância bastante elevada, de 99,3%.

Refletindo-se sobre os achados, é possível elencar diversas razões para essa situação atual e preocupante, que reflete um complexo contexto da prática de enfermagem.

Inicialmente, destacam-se os entraves relacionados à execução das fases do processo de enfermagem, evidenciados tanto na prática clínica como em pesquisas recentes. Apesar de grande parte dos profissionais considerarem que o processo de enfermagem é um importante instrumento para assegurar a qualidade da assistência, há ainda diversas barreiras a serem transpostas, como: desmotivação para executá-lo, questões políticas e institucionais que

dificultam a sua implementação¹⁸, falta de tempo associada ao número reduzido de profissionais, desvio de função, pouca experiência, falta de conhecimento teórico e técnico, resistência, descrença e rejeição dos próprios enfermeiros, desconhecimento da lei do exercício profissional^{19,20}, limitação do paciente em informar, impresso inadequado, prontuário não disponível, não realizar outras fases do processo de enfermagem² e conceitos limitados dos modelos teóricos de enfermagem.

Um estudo de atualização, cujo objetivo foi evidenciar as principais dificuldades para o uso do processo de enfermagem, apontou uma diversidade de falhas passíveis de ocorrerem em sua elaboração, como: omissão de informações (quando o dado relevante é ignorado), conclusão prematura (diagnóstico pouco justificado pelos dados existentes), síntese incorreta (dados disponíveis contradizem as conclusões) e síntese inadequada (conclusões que podem ser suportadas pelos dados não são extraídas)⁶.

Muitas dificuldades se relacionam à falta de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) no raciocínio clínico, que se constitui função basilar da prática clínica do enfermeiro. A efetividade do cuidado de enfermagem é altamente dependente da análise e síntese adequadas dos achados clínicos e da qualidade das decisões. Falhas cognitivas podem desencadear erros diagnósticos e, conseqüentemente, intervenções deficientes e desfechos insatisfatórios e não resolutivos.

Por outro lado, o raciocínio clínico bem conduzido pode ser considerado um indicador de qualidade da assistência de enfermagem, já que auxilia o enfermeiro a elucidar as manifestações clínicas a serem investigadas, otimiza o tempo para identificação do diagnóstico de enfermagem, reduz incertezas, propicia maior segurança na tomada de decisões, aumenta a resolubilidade do problema e a satisfação do paciente, além de proporcionar maior satisfação profissional, quando a evolução se mostra adequada.

A metodologia de raciocínio clínico empregada pelos pesquisadores e enfermeiros durante a pesquisa foi distinta (OPT vs pensamento crítico baseado na experiência), entretanto, destaca-se que a visão das necessidades comprometidas dos pacientes foi muito divergente. Os diagnósticos de enfermagem elencados pelos pesquisadores foram voltados às respostas cardiovasculares e os enfermeiros clínicos se preocuparam mais com as questões de segurança do paciente, não documentando, na maior parte das vezes, diagnósticos específicos da cardiologia (Exemplo: Intolerância a atividade – 14%; Troca de gases prejudicada – 10%; Volume de líquidos excessivo – 4%, Débito cardíaco diminuído – 2%).

O hospital onde foram coletados os dados preocupa-se demasiado com a segurança do paciente, lançando iniciativas para desenvolver de modo científico e consistente o

gerenciamento dessas informações. No entanto, não se recomenda a utilização apenas desses diagnósticos voltados à segurança e proteção dos pacientes como prioritários, desconsiderando-se as respostas humanas comprometidas nas doenças cardiovasculares.

Ressalta-se que, apesar de os diagnósticos de enfermagem Risco de quedas e Risco de infecção não aparecerem na listagem dos pesquisadores, eles estavam presentes, pois os pacientes incluídos na pesquisa, por diversas vezes, apresentavam fatores de risco, como: exposição a patógenos, enfermidade crônica, procedimentos invasivos, alteração na integridade da pele, proteína C reativa elevada, idade avançada, cenário pouco conhecido, doença vascular, uso de diversos agentes farmacológicos, entre outros.

Contudo, o modelo OPT preconiza o raciocínio diagnóstico em rede, proporcionando as interconexões entre os dados e o estabelecimento do(s) diagnóstico(s) de enfermagem mais importante(s) e relevante(s), ou seja, aquele que, se resolvido, acarretará mudanças positivas nos outros. Desta forma, Risco de quedas e Risco de infecção foram considerados, neste contexto, diagnósticos secundários.

Apesar de que não se pode afirmar que uma forma se sobrepõe a outra, já que pesquisadores e enfermeiros utilizaram modelos de raciocínio clínico e referenciais teóricos diferentes, algumas reflexões se fazem necessárias.

Os pesquisadores empregaram o modelo de Gordon, que se baseia nos padrões funcionais de saúde e, os enfermeiros, nas necessidades humanas básicas de Wanda Horta. Nesse último modelo, as necessidades de oxigenação e circulação são prioritárias às de integridade da pele e lesão física, onde estariam alocados os diagnósticos de Risco de quedas e de infecção. Esse cenário aponta para problemas que podem estar relacionados ao déficit de conhecimentos e de habilidades dos enfermeiros na identificação dos diagnósticos, bem como no gerenciamento não efetivo do tempo, desvios de função, desmotivação ou descrença quanto ao processo de enfermagem.

Das etapas do processo de enfermagem, o diagnóstico é a que apresenta menor valorização pelo enfermeiro, já que estudos evidenciaram que essa fase é a que contém menor registro em prontuários quando comparada às demais^{1,18,21}.

Outro fator que pode ter contribuído para a elevada divergência dos resultados foi a possibilidade de cópias dos diagnósticos e prescrições de enfermagem do dia anterior. Na instituição pesquisada, assim como em diversas outras, o processo de enfermagem pode ser registrado eletronicamente, o que representa um grande avanço na assistência de enfermagem e proporciona economia de tempo, entretanto, esse recurso de copiar e colar pode comprometer o

pensamento crítico, a tomada de decisão e a qualidade de trabalho⁵. Isso reforça a necessidade de se repensar a forma de se estabelecer a documentação eletrônica de enfermagem.

A obtenção de acurácia diagnóstica é essencial para guiar as intervenções de enfermagem para o alcance de resultados positivos do paciente²². No entanto, alguns autores consideram que a identificação do diagnóstico de enfermagem é uma das etapas mais complexas de se realizar e que inúmeras divergências são evidenciadas entre os enfermeiros.¹⁸

Portanto, a construção da competência diagnóstica do enfermeiro deve ser iniciada durante a graduação e se expandir com a experiência clínica. É fundamental investir na formação do estudante de enfermagem, capacitando-o a pensar e interpretar as situações clínicas e agir sobre elas, fortalecendo, assim, as habilidades profissionais associadas ao processo de enfermagem.

Diante disso, é natural que uma das tarefas fundamentais atribuídas aos educadores seja justamente capacitar os alunos, enfermeiros em formação, a desenvolver competências de raciocínio clínico. Tradicionalmente, no entanto, em muitas instituições de ensino, tem-se considerado que as habilidades cognitivas necessárias a esse processo tendem a ser suficientemente obtidas pelos estudantes de forma tácita, sem intervenção ativa ou consciente dos sujeitos envolvidos.

Ademais, muitas escolas de enfermagem têm dispensado pouca atenção ao ensino do raciocínio clínico no que se refere ao seu entendimento neuropsicopedagógico e às implicações educacionais envolvidas no desenvolvimento dessa competência.

Estudos recentes evidenciaram que o modelo OPT vem apresentando resultados satisfatórios no ensino do raciocínio clínico, acurácia diagnóstica e escolha de intervenções mais adequadas, além de estimular o pensamento crítico e as habilidades cognitivas^{15-23,24}.

Estudo americano evidenciou que os SLP (NANDA-I, NIC, NOC) eram utilizados, sem consistência, pelos alunos de enfermagem. Com a aplicação do modelo OPT, os estudantes verbalizaram identificar diagnósticos, resultados e intervenções mais apropriados, acurados e voltados às reais necessidades dos pacientes²⁵.

Esse modelo de raciocínio clínico revela uma estrutura consistente para o ensino de enfermeiros, pois à medida que é desenvolvido o raciocínio clínico, o futuro enfermeiro é habilitado a analisar situações, tomar decisões e fazer julgamentos clínicos em situações cada vez mais complexas²⁶.

A evolução do raciocínio clínico pode ser percebida quando o estudante aprende a analisar as complexas e diversificadas respostas humanas dos pacientes, identificar diagnósticos de enfermagem prioritários e intervenções que promovam o alcance efetivo dos resultados.

Desenvolver o raciocínio pelo modelo OPT e o raciocínio em teia pode parecer complexo, mas estudo realizado em contexto acadêmico concluiu que os alunos se sentem mais seguros em relação à tomada de decisão e que conseguem compreender, de forma mais efetiva, como um problema está interligado a outro¹⁵.

Explorar métodos para promover o desenvolvimento de raciocínio clínico durante a formação de enfermeiros é essencial para garantir a preparação do cuidado seguro e efetivo para o paciente e família.

Este estudo foi limitado pelo tempo e delineamento transversal, não sendo possível o acompanhamento do paciente em longo prazo para avaliar possíveis mudanças de diagnósticos de enfermagem em cada fase da doença cardiovascular. Além disso, apenas aqueles pacientes internados no hospital escolhido participaram da pesquisa; portanto, nossos resultados não podem ser generalizados para outros ambientes clínicos.

No entanto, os resultados obtidos possibilitaram o uso de um método de raciocínio clínico pouco utilizado no Brasil e que se mostrou uma ferramenta importante para o avanço do ensino em Enfermagem. Ademais, elucidou a necessidade de futuros estudos que testem o modelo OPT em outros cenários para que novas evidências científicas sejam demonstradas e testadas na prática clínica.

5 CONCLUSÃO

Os diagnósticos de enfermagem elencados de forma mais frequente pelos enfermeiros pesquisadores foram Risco de sangramento, Débito cardíaco diminuído e Conhecimento deficiente. Para os enfermeiros da prática clínica, Risco de quedas e Risco de infecção foram os principais diagnósticos de pacientes com afecções cardiovasculares, internados em hospital.

A concordância de diagnósticos de enfermagem entre pesquisadores e enfermeiros clínicos foi muito baixa. Os diagnósticos elencados pelos pesquisadores foram voltados às respostas cardiovasculares e os enfermeiros clínicos se preocuparam mais com as questões de segurança do paciente.

O raciocínio clínico realizado pelo OPT é uma importante ferramenta para a assistência aos pacientes em situações complexas, como aqueles com doenças cardiovasculares, bem como um recurso valioso para o processo de ensino-aprendizagem, que impulsionará o processo de raciocínio clínico dos estudantes.

O estudo tem importantes implicações para a prática clínica, ensino e pesquisa em enfermagem, pois aponta caminhos para aperfeiçoar as estratégias de ensino direcionadas à

formação do raciocínio clínico e crítico de estudantes e enfermeiros, visando à aquisição de competências cognitivas e atitudinais mais fortalecidas.

REFERÊNCIAS

- 1 Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. Jun. 2009; 17(3):302-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000300004>
- 2 Carvalho EC, Bachion MM, Dalri MCB, Jesus CAC. Obstáculos para a implementação do processo de enfermagem no Brasil. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. Jul./Set. 2007; 1(1):95-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/5222>
- 3 Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. *Acta Paul Enferm* [Internet]. Mar. 2008;21(1):32-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000100005>
- 4 Faeda MS, Perroca MG. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. *Rev Lat-Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24:e 2723. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0645.2723>
- 5 Carvalho EC, Kusumota L. Nursing process: difficulties for its utilization in practice. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2009;22(Especial-Nefrologia):554-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/en_22.pdf
- 6 Pesut DJ, Herman JA. *Clinical reasoning: the art & science of critical & creative thinking*. Albany; Delmar Publishers; 1999.
- 7 Carneiro CS, Lopes JL, Herdman TH, Lopes CT, Bachion MM, Barros ALBL. Construction and validation of a data collection tool for the clinical assessment of human responses of outpatients with chronic cardiovascular diseases. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. 2014;25(3):161-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12029>
- 8 NANDA I - Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações (Org.). 10ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2015. Disponível em: http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf
- 9 Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung* [Internet]. Nov. 1987;16(6):1-9. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>
- 10 Guimarães HCQCP, Pena SB, Lopes JL, Lopes CT, Barros ALBL. Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *Int J Nurs Knowl* [Internet]. Jul. 2016;27(3):130-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12089>
- 11 Moorhead S, Delaney C. Mapping nursing intervention data into the nursing interventions classification (NIC): process and rules. *Nurs Diagn* [Internet]. Out./Dez. 1997;8(4):137-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9624991>

- 12 Georg C, Zary N. Web-based virtual patients in nursing education: development and validation of theory-anchored design and activity models. *J Med Internet Res [Internet]*. Abr. 2014;16(4): e105. Disponível em: <https://www.jmir.org/2014/4/e105/>
- 13 Risner PB. Nursing diagnosis: diagnostic sistements. In: Christensen PJ, Kenney JW, editors. *Nursing Process: application of conceptual models*. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1990.
- 14 Ferreira PB, Cohrs CR, Domenico EBL. Software CMAP TOOLS™ to build concept maps: an evaluation by nursing students. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012;46(4):967-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/26.pdf>
- 15 Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC, Guimarães TMR. Nurses' knowledge about nursing care systematization: from theory to practice. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011;45(6):1380-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a15.pdf>
- 16 Luiz FF, Mello SMM, Neves ET, Ribeiro AC, Tronco CS. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2010 out/dez;12(4):655-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8642>
- 17 Backes DS, Esperança MP, Amaro AM, Campos IEF, Cunha AOC, Schwart E. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção dos enfermeiros de um hospital filantrópico. *Acta Sci Health Sci [Internet]*. 2005;27(1):25-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v27i1.1433>
- 18 Reppetto MA, Souza MF. Evaluation of nursing care systematization through the phases of nursing process performance and registration in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2005;58(3):325-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16335187>
- 19 Collins A. Effect of continuing nursing education on nurses' attitude toward and accuracy of nursing diagnosis. *Int J Nurs Knowl [Internet]*. Out. 2013;24(3):122-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01237.x>
- 20 Bland AR, Rossen EK, Bartlett R, Kautz DD, Carnevale T, Benfield S. Implementation and testing of the OPT Model as a teaching strategy in an undergraduate psychiatric nursing course. *Nurs Educ Perspect [Internet]*. Jan./Fev. 2009;30(1):14-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19331034>
- 21 Kuiper R, Pesut D, Kautz D. Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students. *Open Nurs J [Internet]*. 2009;3:76-85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2771264/>
- 22 Kuiper R, Heinrich C, Matthias A, Graham MJ, Bell-Kotwall L. Debriefing with the OPT Model of Clinical Reasoning During High Fidelity Patient Simulation. *Int J Nurs Educ Scholarsh [Internet]*. 2008;5(1):Article17. Disponível em: <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1466>
- 23 Kuiper R. Integration of innovative clinical reasoning pedagogies into a baccalaureate nursing curriculum. *Creative Nursing. [Internet]*. 2013;19(3):128-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/1078-4535.19.3.128>

24 Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL. Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the outcome-present state-test (OPT) model. *Int J Nurs Terminol Classif* [Internet]. Nov. 2006;17(3):129-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2006.00033.x>

25 Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Knight-Brown P, Daneker D. Promoting clinical reasoning in undergraduate nursing students: application and evaluation of the Outcome Present State Test (OPT) model of clinical reasoning. *Int J Nurs Educ Scholarsh* [Internet]. 2005;2(1):Article1. Disponível em: <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1052>