

sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA
CATETERES VENOSOS
PERIFÉRICOS
COM SISTEMAS
DE SEGURANÇA:
DESAFIOS À
SEGURANÇA DOS
PROFISSIONAIS DE
SAÚDE



CIÊNCIA E TÉCNICA
RACIOCÍNIO
CLÍNICO COMO
FERRAMENTA
FUNDAMENTAL
NO PROCESSO DE
ENFERMAGEM:
APLICAÇÃO A
UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P6 OPINIÃO

CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS COM SISTEMAS DE SEGURANÇA: DESAFIOS À SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

P11 CIÊNCIA & TÉCNICA

O sistema de saúde português e sua evolução

P17 CIÊNCIA & TÉCNICA

EXEMPLO DE MAPEAMENTO ENTRE A NURSINGONTOS E A SNOMED-CT

P33 CIÊNCIA & TÉCNICA

A HUMANIZAÇÃO COMO FOCO NA ABORADGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

P47 CIÊNCIA & TÉCNICA

UTILIZAÇÃO DA NORMA DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA A QUALIDADE DA PASSAGEM DE TURNO EM ENFERMAGEM

P59 CIÊNCIA & TÉCNICA

RACIOCÍNIO CLÍNICO COMO FERRAMENTA FUNDAMENTAL NO PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO A UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 CONTRIBUINTE 503 231 533 CAPITAL SOCIAL 21.947,90 € DIRECTOR António Fernando Amaral DIRECTORES-ADJUNTOS Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques EDITORES Arménio Guardado Cruz / João Petetim Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato ASSESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Néilson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitais.pt E-MAIL suporte@sinaisvitais.pt ASSINATURAS Célia Margarida Sousa Pratas INCLUI Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) - Distribuição Gratuita PERIODICIDADE Trimestral FOTOGRAFIA 123rf@ NÚMERO DE REGISTO 118 368 DEPÓSITO LEGAL 88306/95 ISSN 0872-8844

EDITORIAL

ANTÓNIO FERNANDO S. AMARAL, Enfermeiro
amaral@esenfc.pt

A Revista Sinais vitais completa 27 anos de dedicação aos Enfermeiros, valorizando-os e alertando, sempre de forma isenta, os poderes públicos para a importância e relevância que têm no seio da equipa de saúde. Desde sempre que alertámos para a falta de recursos humanos na saúde e no que isso poderia representar em termos de mortes evitáveis, em termos da incidência de complicações como as lesões por pressão, alto número de infeções etc. Continuamos, apesar disso, a manter um baixo número de enfermeiros, para as exigências de uma população mais envelhecida e, portanto mais vulnerável, muitos deles a viver em suas casas (o que é bom), mas a serem cuidados por outros idosos em condições quantas vezes degradantes e pouco dignas para quem viveu e trabalhou.

Ao longo destes anos, da revista, sempre defendemos a necessidade de haver uma mudança de paradigma que centre as políticas de saúde, não nas organizações, mas nas pessoas, reconhecendo que a medicina curativa não é mais a cura de todos os males e que é necessário apostar em políticas que valorizem mais o cuidado das pessoas, de modo a que, mesmo continuando doentes, se possam sentir bem e dignificados, enquanto seres humanos. O mundo em que vivemos está marcado pelo aumento da vulnerabilidade, por isso temos que pensar a nossa ação a partir da fragilidade do ser humano e da sua finitude, mais do que a partir de uma filosofia do poder e da vontade de poder que tem caracterizado a mentalidade dos profissionais querendo dominar o homem e a própria humanidade e que tem contaminado muitas práticas no quadro da medicina, da saúde e também do enfrentamento da própria doença.

A pandemia trouxe à evidência esta realidade. Em Portugal como noutros países europeus, os enfermeiros foram vitais no controlo e na redução da mortalidade. No Reino Unido a mortalidade nas *nursing homes* onde existiam mais enfermeiros foi muito menor do que entre as instituições onde esse número era menor.

Em Portugal o processo de vacinação está também a ser um bom exemplo do valor que tem a profissão e os seus profissionais, pena é que apenas se fale de quem tratou da logística e não dos que sacrificaram horas e horas de serviço para garantir que tudo corria bem.

Fica aqui, neste momento, um agradecimento a todos pelo trabalho e pela confiança que têm depositado na Revista Sinais vitais que também foi afetada pela pandemia e que neste momento vive com algumas dificuldades para cumprir o compromisso de dignificar a profissão e de contribuir para valorizar os enfermeiros através das formações que oferece. Somos a única empresa privada de formação, constituída exclusivamente por enfermeiros e que tem toda a sua formação creditada inclusivamente a formação em suporte avançado de vida. Investir na formação é uma exigência das profissões onde o conhecimento é uma matéria prima. Invista na sua profissão, forme-se na Formasau Formação e Saúde Lda.



O SEU PARCEIRO NA SEGURANÇA EM VENOPUNÇÃO PERIFÉRICA

Saiba mais em: www.bbraun.pt

CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS COM SISTEMAS DE SEGURANÇA: DESAFIOS À SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



PAULO SANTOS-COSTA

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal; Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde/Institute of Health Sciences, Porto, Portugal

MARGARIDA VIEIRA

CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde/Centre for Interdisciplinary Research in Health,

Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal; Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde/Institute of Health Sciences, Porto, Portugal

JOÃO GRAVETO

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO

Apesar da sua natureza ubíqua, o cateterismo venoso periférico encontra-se frequentemente associado na literatura a acidentes por picada pelos profissionais de saúde, com repercussões a nível individual e organizacional. Em contexto internacional, vários tem sido os esforços no setor político, industrial e clínico para mitigar este problema, particularmente através da implementação de cateteres venosos periféricos (CVPs) com sistema de segurança. Neste artigo, identificam-se as características de dispositivos inovadores existentes no mercado, estabelecendo recomendações à sua aquisição/implementação em contexto clínico.

Palavras-chave: cateterismo periférico; tecnologia; segurança

ABSTRACT

Despite its ubiquitous nature, peripheral venous catheterization is frequently associated in the literature with needlestick injuries by health professionals, with repercussions at the individual and organizational level. Internationally, there have been several efforts in the political, industrial, and clinical sectors to mitigate this problem, particularly through the implementation of safety-engineered peripheral intravenous catheters (PIVCs). In this article, we identify the characteristics of innovative devices available on the market and establish recommendations for their acquisition/implementation in clinical settings.

Keyword: catheterization, peripheral; technology; safety

Desde a sua conceção inicial, em 1658, que o cateter venoso periférico (CVP) se afigura como uma das descobertas mais revolucionárias na história da medicina contemporânea, sendo utilizado recorrentemente na administração de fármacos, fluídos ou hemoderivados, assim como na colheita de sangue (Rivera et al., 2005). Atualmente, cerca de 1.5 biliões de CVPs são inseridos anualmente em todo o mundo (Alexandrou et al., 2015). Estima-se que 60% a 90% dos doentes internados necessitem de, pelo menos, um CVP para cumprir o seu plano terapêutico (Helm et al., 2015), constituindo uma prática clínica abrangente e global.

Todavia, apesar da sua natureza ubíqua, quando inseridos ou mantidos de forma imprópria pelos profissionais de saúde, não respeitando as recomendações de boas práticas e evidência científica recente, os CVPs poderão estar na génese de complicações locais ou sistémicas significativas para a pessoa doente, afigurando-se como um risco de morbimortalidade, com repercussões avultadas para os sistemas de saúde e sociais (Helm et al., 2015; Jones, 2018). A título de exemplo, destacam-se complicações recorrentes como flebite, obstrução intraluminal, infiltração, extravasamento, exteriorização accidental ou infeção nosocomial associada à corrente sanguínea (Gorski et al., 2016; Royal College of Nursing, 2016). Com menor incidência, os CVPs estão associados a eventos adversos como celulite do membro puncionado, embolias gasosas, embolia provocada por fragmento de cateter, punção arterial ou de um nervo periférico (Boyd et al., 2011; Kaur et al., 2019). Todavia, os profissionais de saúde não estão isentos de riscos durante cateterismo venoso periférico, dado a probabilidade significativa de contacto com fluídos orgânicos e acidente por picada, com risco de contração de patógenos transmitidos pelo sangue como o vírus da Hepatite B, C ou da imunodeficiência humana (Ballout et al., 2016; Guerrero, 2019; Madhavan et al., 2019; Reddy et al., 2017). De acordo com o Centers for Disease Control and Prevention, anualmente, são reportados 385 mil casos de acidente por picada/

corte em profissionais de saúde (Bouya et al., 2020). A nível europeu, estima-se que este valor ronde o milhão de casos anuais (Himmelreich et al., 2013)

Em contexto nacional, num estudo transversal retrospectivo entre 2008 e 2010, Martins e colaboradores (2012) identificaram os acidentes por picada como os mais recorrentemente reportados em contexto hospitalar (45,7%). De acordo com os autores, 6,2% destes acidentes resultaram em absentismo do local de trabalho, num total de 627 dias (Martins, Silva e Correia, 2012). De acordo com Pires (2019), 35,8% dos acidentes reportados entre 2016 e 2017 num Centro Hospitalar da região centro de Portugal foram categorizados como acidentes com risco biológico, onde a autora inclui o acidente por picada/corte e por exposição/contacto com material biológico. Interessantemente, este tipo de acidentes foi mais representativo na classe de enfermagem (Pires, 2019). Este cenário ganha novos contornos, quando analisada a evidência no que respeita à prática de cateterismo venoso periférico por enfermeiros em Portugal sem a utilização de luvas limpas (Oliveira et al., 2019; Parreira et al., 2019).

De modo a responder a este desafio transnacional, em 2010, a Comissão Europeia estabeleceu a necessidade de os Estados Membros manterem e introduzirem disposições mais favoráveis à proteção dos trabalhadores contra ferimentos causados por material médico cortante e perfurante, sendo os CVPs um dos principais dispositivos visados (Diretiva 2010/32/UE do Conselho Europeu, 10 de Maio de 2010). Também a nível internacional, as principais guidelines neste âmbito temático estabelecem a necessidade de substituir os cateteres utilizados em contexto clínico por dispositivos com mecanismo de segurança (Gorski et al., 2016; Royal College of Nursing, 2016).

Em consonância com as diretivas políticas emanadas pelo Conselho Europeu, também o setor industrial no âmbito dos dispositivos médicos tem vindo a apostar no desenvolvimento de CVP de última

geração, que se traduzam em indicadores de qualidade e segurança mais favoráveis não só para os utentes como profissionais. No que se reporta aos sistemas de segurança dos cateteres venosos periféricos, surge na literatura a sua categorização por dispositivos passivos ou ativos (Reddy et al., 2017).

Entende-se por CVPs com sistema de segurança ativa os dispositivos que requerem a ativação de determinado mecanismo de segurança pelo profissional durante a realização do procedimento (Hoffmann, Buchholz e Schnitzler, 2013). A título de exemplo, destacam-se os CVPs com sistema de retração de agulha para compartimento de segurança ou sistemas com dupla agulha. No que concerne aos CVPs com sistema de segurança passiva, estes são descritos como dispositivos com mecanismos automáticos, recorrentemente ativos aquando da retração da agulha metálica do cateter. No que se reporta às mais recentes atualizações tecnológicas dos CVPs com sistema de segurança passiva (Barton, Ventura e Vavrik, 2017), destacam-se:

i) Existência de sistemas com clip de segurança, os quais são ativos independentemente da ação do profissional e permanecem até ao descarte da agulha;

ii) Septos multiacessos com capacidade de controlo de refluxo de sangue. Este tipo de tecnologia evita a necessidade de compressão da veia a montante do local de punção aquando da remoção da agulha metálica, reduz a exposição do profissional a sangue, assim como diminui cenários de contaminação do ambiente com sangue, reduzindo custos associados;

iii) Tecnologia de dupla confirmação através de tecnologia "double flashback", que permite ao profissional confirmar o posicionamento do cateter, evitando punções múltiplas.

Diversos estudos apontam para uma redução das taxas de acidente por picada durante o cateterismo venoso periférico após a introdução de dispositivos com mecanismo de segurança nos contextos clínicos. Interessantemente, vários estudos indicam que os CVPs com sistema de segurança

passivo tem demonstrado ser mais eficazes na redução de acidentes por picada entre profissionais de saúde (Hoffmann, Buchholz e Schnitzler, 2013; Tosini et al., 2010). Por outro lado, na sua revisão, Reddy e colaboradores (2017) identificaram que o uso de CVPs com sistema ativo de segurança, dada a necessidade de manipulações adicionais pelo profissional, aumentam o risco de contacto com salpicos de sangue da pessoa (risco relativo de 1,6; 1,08-2,36; CI 95%). Por outro lado, a manipulação adicional do CVP inviabiliza a sua estabilização, potenciando a ocorrência de complicações como perfuração veia, flebite mecânica, deslocação ou remoção acidental do cateter (Barton, Ventura e Vavrik, 2017; Jones, 2018).

Todavia, a seleção de dispositivos médicos varia entre organizações de saúde, de acordo com requisitos específicos, orçamentos anuais para aquisição de equipamento consumível e com base na avaliação das opções existentes no mercado. Ressalta-se que a avaliação e aquisição deste tipo de equipamento é, comumente, realizada por um painel de agentes decisores, por vezes desfasados dos contextos e necessidades locais. Neste desiderato, em contexto clínico, torna-se essencial que os responsáveis pela aquisição deste tipo de material saibam identificar os diferentes tipos de design e mecanismos de segurança disponíveis no mercado, guiando a sua decisão com base na mais recente evidência disponível na literatura.

Todavia, destacamos que a simples introdução de CVPs com sistema de segurança, ativo ou passivo, não se traduzirá em melhores indicadores de qualidade e segurança neste âmbito temático, devendo a sua aquisição e implementação em contexto clínico ser parte de um projeto major (Bouya et al., 2020; Reddy et al., 2017). A nível organizacional, este tipo de iniciativas deverá também apostar na: i) disseminação de indicadores internos relativamente ao número de acidentes por picada, promovendo o benchmarking entre unidades/departamentos; ii) formação dos profissionais sobre os riscos ocupacionais associados à exposição a sangue e acidente

por picada durante o cateterismo venoso periférico, clarificando procedimentos internos em caso de acidente (incluindo a sua notificação); iii) treino na utilização de novas opções tecnológicas adquiridas, quer integrem sistema de segurança passivo ou ativo; iv) criação de grupo de trabalho dedicado à monitorização de indicadores associados a acidentes por picada, com auditorias locais periódicas; v) envolvimento de profissionais de saúde que manipulem recorrentemente estes dispositivos nos painéis responsáveis pela avaliação e aquisição de novos tipos de tecnologia existente neste âmbito.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDROU, Evan et al. - International prevalence of the use of peripheral intravenous catheters: Prevalence of the Use of PIVCs. *Journal of Hospital Medicine*. . ISSN 15535592. 10:8 (2015) 530–533. doi: 10.1002/jhm.2389.
- BALLOUT, Rami A. et al. - Use of safety-engineered devices by healthcare workers for intravenous and/or phlebotomy procedures in healthcare settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. . ISSN 1472-6963. 16:1 (2016) 458. doi: 10.1186/s12913-016-1705-y.
- BARTON, Andrew; VENTURA, Roy; VAVRIK, Boris - Peripheral intravenous cannulation: protecting patients and nurses. *British Journal of Nursing*. . ISSN 0966-0461, 2052-2819. 26:8 (2017) S28–S33. doi: 10.12968/bjon.2017.26.8.S28.
- BOUYA, Salehoddin et al. - Global Prevalence and Device Related Causes of Needle Stick Injuries among Health Care Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Global Health*. . ISSN 2214-9996. 86:1 (2020) 35. doi: 10.5334/aogh.2698.
- BOYD, S. et al. - Peripheral intravenous catheters: the road to quality improvement and safer patient care. *Journal of Hospital Infection*. . ISSN 01956701. 77:1 (2011) 37–41. doi: 10.1016/j.jhin.2010.09.011.
- GORSKI, Lisa A. et al. - The 2016 Infusion Therapy Standards of Practice [Em linha]. [S.l.] : Wolters Kluwer, 2016 [Consult. 12 out. 2020]. Disponível em WWW:<URL:http://journals.lww.com/01845097-201701000-00003>.
- GUERRERO, Maya Aquino - National evaluation of safety peripheral intravenous catheters in a clinician-led project. *British Journal of Nursing*. . ISSN 0966-0461, 2052-2819. 28:2 (2019) S29–S32. doi: 10.12968/bjon.2019.28.2.S29.
- HELM, Robert E. et al. - Accepted but Unacceptable: Peripheral IV Catheter Failure. *Journal of Infusion Nursing*. . ISSN 1533-1458. 38:3 (2015) 189–203. doi: 10.1097/NAN.000000000000100.
- HIMMELREICH, Heiko et al. - The Management of Needlestick Injuries. *Deutsches Aerzteblatt Online*. . ISSN 1866-0452. 2013). doi: 10.3238/arztebl.2013.0061.
- HOFFMANN, Cornelia; BUCHHOLZ, Lutz; SCHNITZLER, Paul - Reduction of needlestick injuries in healthcare personnel at a university hospital using safety devices. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. . ISSN 1745-6673. 8:1 (2013) 20. doi: 10.1186/1745-6673-8-20.
- JONES, Randall K. - Short Peripheral Catheter Quality and Economics: The Intravenous Quotient. *Journal of Infusion Nursing*. . ISSN 1533-1458. 41:6 (2018) 365–371. doi: 10.1097/NAN.0000000000000303.
- KAUR, Parampreet et al. - Dangers of Peripheral Intravenous Catheterization: The Forgotten Tourniquet and Other Patient Safety Considerations. Em *Vignettes in Patient Safety - Volume 4 [Working Title] [Em linha]*. [S.l.] : IntechOpen, 2019 [Consult. 14 jul. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://www.intechopen.com/online-first/dangers-of-peripheral-intravenous-catheterization-the-forgotten-tourniquet-and-other-patient-safety->.
- MADHAVAN, Anitha et al. - Comparison of knowledge, attitude, and practices regarding needle-stick injury among health care providers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. . ISSN 2249-4863. 8:3 (2019) 840. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_103_19.
- MARTINS, Matilde Delmina Da Silva; SILVA, Norberto Anibal Pires Da; CORREIA, Teresa Isaltina Gomes - Accidents at work and its

impact on a hospital in Northern Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. . ISSN 0104-1169. 20:2 (2012) 217–225. doi: 10.1590/S0104-11692012000200002.

OLIVEIRA, Anabela et al. - Práticas dos enfermeiros na cateterização intravenosa: um estudo descritivo. *Revista de Enfermagem Referência*. . ISSN 21822883. IV Série:No 21 (2019) 111–120. doi: 10.12707/RIV19006.

PARREIRA, Pedro et al. - Impact of an Innovative Securement Dressing and Tourniquet in Peripheral Intravenous Catheter-Related Complications and Contamination: An Interventional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. . ISSN 1660-4601. 16:18 (2019) 3301. doi: 10.3390/ijerph16183301.

PIRES, Lisa - Sinistralidade laboral: um estudo de caso em ambiente hospitalar [Em linha]. Coimbra : Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2019 Disponível em WWW:<URL:<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/89929/1/TESE.pdf>>.

REDDY, Viraj K. et al. - Devices for preventing percutaneous exposure injuries caused by needles in healthcare personnel. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. . ISSN 14651858. 2017). doi: 10.1002/14651858.CD009740.pub3.

RIVERA, AM et al. - The history of peripheral intravenous catheters: how little plastic tubes revolutionized medicine. - PubMed - NCBI. *Acta Anaesthesiol Belg*. 56:3 (2005) 271–282.

ROYAL COLLEGE OF NURSING - Standards for infusion therapy. [S.l.] : Royal College of Nursing, 2016

TOSINI, William et al. - Needlestick Injury Rates According to Different Types of Safety-Engineered Devices: Results of a French Multicenter Study. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. . ISSN 0899-823X, 1559-6834. 31:4 (2010) 402–407. doi: 10.1086/651301.

O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS E SUA EVOLUÇÃO



CARLA MARINA TAVARES FERNANDES

Enfermeira

RESUMO

O sistema de saúde de um país, a sua organização, a inovação e a sustentabilidade são determinantes no estado de saúde da sua população (OPSS, 2009).

O setor da saúde está em constante mudança, pois fatores como as alterações demográficas, sociais e políticas, os constrangimentos económicos, a exigência de uma maior eficiência e o desenvolvimento tecnológico, determinam que este seja alvo de novos desafios que implicam mudanças no seu desenvolvimento, com impacto na cobertura, universalidade e

sustentabilidade económica e financeira (OPSS, 2009).

Os modelos de financiamento em saúde têm sido objeto de análise por parte das organizações internacionais, as quais têm manifestado preocupação com o aumento da despesa em saúde, tentando identificar possíveis causas (Campos e Simões, 2011, citado por Diniz, 2013), uma vez que nos últimos anos se constata que o financiamento da saúde constitui um dos principais desafios que se colocam aos países ocidentais, seja qual for o seu modelo de sistema de saúde. Palavras-chave: Sistema de Saúde; Equidade

Portugal segue o modelo de Beveridge que (...) apresenta quatro princípios básicos: o acesso universal, a inclusão de todos os tratamentos, a gratuidade e o financiamento pelo orçamento geral do Estado. Além disso, assenta num sistema público, financiado pelos impostos e em que o direito à saúde é independente do trabalho e do emprego (...) (Escoval, 2003, citado por Diniz, 2013, p. 7).

A evolução do sistema de saúde português foi marcada, nos últimos 30 anos, por um conjunto de fatores que, segundo Sousa (2009), poderão ser analisados em quatro planos distintos: a questão da responsabilidade social e individual no financiamento da saúde; a possibilidade de se evoluir para um Estado Garantia, que para além de regular, possa ser prestador de cuidados; a aposta no cidadão, num contexto científico e social e, também, numa mudança de gestão, de acordo com o sistemas de saúde em transição. Segundo o mesmo autor, Portugal tem sofrido sucessivas transformações, num contexto de rápida transição de paradigma tecnológico e social, nomeadamente na área da saúde, em períodos de tempo particularmente curtos.

Apesar das irregularidades, segundo o Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (...) *a empresarialização dos hospitais foi um bom instrumento de melhoria da qualidade da oferta existente, do aumento do acesso e da modernização do parque hospitalar* (Garrido, 2012, p. 50).

Com base no exposto, pode-se afirmar que, em Portugal nos últimos 30-40 anos, as políticas de saúde evoluíram significativamente:

- *antes dos anos 1970 (sistema de saúde muito fragmentado);*
- *do início dos anos 1970 a 1985 (estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde);*
- *de 1985 a 1995 (período de expansão do Serviço Nacional de Saúde numa rede mais ampla de prestadores de cuidados do setor social e privado, de regionalização e coordenação do Serviço Nacional de Saúde, de incremento da participação do setor privado, de construção hospitalar*

e de tentativa de separação do exercício médico entre setores privado e público);

- *de 1995 a 2002 (período marcado por uma tentativa de estimular formas diferentes de gestão e organização-empresarialização pública de instituições de saúde, e pela adoção de uma estratégia de saúde explícita);*
- *de 2002 até ao momento actual (expansão e reorientação das políticas definidas anteriormente, com uma nova filosofia em relação aos papéis dos setores público, privado e social).*

(Sousa, 2009, p. 886)

Pode-se concluir que nestas quatro décadas ocorreram, entre outras mudanças igualmente significativas, a transferência generalizada dos hospitais das Misericórdias para o controlo do Estado, a criação do SNS, a publicação da Lei de Bases da Saúde, a transformação do estatuto jurídico dos hospitais públicos, a construção de novos hospitais no âmbito de parcerias público-privadas (PPP) e a aposta crescente de grandes grupos económicos na área da saúde (Eira, 2010).

Equidade em Saúde

O debate sobre o financiamento dos cuidados de saúde focaliza-se em duas importantes questões – a sustentabilidade e a equidade. Contudo, as diferentes opções podem afetar pelo menos uma destas dimensões, uma vez que certas medidas promotoras da sustentabilidade financeira levam a uma maior despesa privada, representando um risco para o objetivo da equidade (Simões et al 2004). Também Whitehead (1990) refere que *apesar de se reconhecerem as vantagens da utilização de medidas de eficiência o seu aumento não conduz, necessariamente, a um aumento da equidade* (Miguel e Bugalho, 2002, p. 66).

O termo *equidade* é, nas palavras de Le Grand (1989), “...um termo... capaz de um número quase infinito de interpretações, que dependem dos valores das pessoas que os utilizam” existindo, contudo, interpretações do termo mais amplamente aceites do que

outras, tais como, "igual tratamento para igual necessidade" ou "igualdade de acesso" (Nunes, 2012, p. 42), estando diretamente associado a noções de justiça social e distribuição. Tal, vai ao encontro da definição descrita pelos autores Marmot et al. (2008), Marmot (2007) e WHO (2010) de "... equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos" (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p. 2). Assim, tal como refere Whitehead (1990) a equidade concerne, pois, à criação de oportunidades iguais para a saúde e à redução dos diferenciais de saúde para o mínimo possível (pela acção sobre os fatores que se consideram evitáveis e desonestos) (Miguel e Bugalho, 2002, p. 61). Não se pode falar sobre cuidados de saúde, sem mencionar a equidade, critério essencial da justiça social. Nenhuma sociedade pode ser indiferente à desigualdade de saúde, enquanto for possível agir sobre as causas e efeitos, sociais e individuais(...). Neste sentido, atingir o objetivo da equidade em saúde é um princípio social (Vandenbroucke, 2003, p. 2). Ao longo dos anos, a equidade em saúde tem sido uma preocupação constante. Em 1986 foi tema de debate pela OMS na primeira conferência internacional sobre a promoção da saúde, sendo descrita na Carta de Ottawa como um dos oito pré-requisitos para a saúde (OMS, 1986, citado por Albrecht et al., 2017) e atualmente é um dos principais objetivos dos sistemas de saúde, uma vez que a OMS defende que todo o indivíduo deve ter a possibilidade de atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que os determinantes económicos e sociais de cada um influenciem, de forma decisiva, a consecução desse objetivo (Furtado e Pereira, 2010). Contudo, existem desigualdades, evitáveis, em saúde que se caracterizam pelas diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre os diferentes grupos da população (Plano Nacional de Saúde 2012-2016). No que diz respeito ao termo desigualdade em saúde, denominada, igualmente,

iniquidade em saúde

(...) entende-se um tipo particular de diferença na saúde que pode ser potencialmente moldado/mitigado por políticas de saúde (Braveman, 2006). Whitehead (1992) por sua vez define desigualdades em saúde como diferenças em saúde que, não só são desnecessárias e evitáveis, como são também desleais e injustas (Nunes, 2012, p.43).

As iniquidades têm origem, não só nos determinantes sociais da saúde (trabalho, educação, estrutura familiar), influenciados pelas políticas públicas, sociais e macroeconómicas, como também nos estilos de vida e, determinantemente, no acesso aos cuidados de saúde (Furtado e Pereira, 2010). Segundo Miguel e Bugalho (2002) as iniquidades em saúde podem ser moldadas mediante a implementação de políticas externas e internas ao setor da saúde que promovam a equidade global e a equidade no acesso, na qualidade e na utilização dos cuidados de saúde.

A redução das iniquidades em saúde obtém-se agindo nos fatores determinantes, entre os quais no acesso aos cuidados de saúde (Furtado e Pereira, 2010).

Equidade de acesso aos cuidados de saúde

A equidade no acesso aos cuidados de saúde é, uniformemente, considerada como um pilar fundamental nos sistemas de saúde (Baleizão, 2010). Segundo o Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) considera-se como "(...) uma dimensão da equidade e defini-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriados e no momento adequado" (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, p.2).

Nesse sentido, no que concerne o acesso aos cuidados de saúde, importa considerar os dois conceitos de equidade existentes, a equidade vertical, que se refere a um tratamento diferente, mas apropriado, aos indivíduos em situações de saúde divergentes e a equidade horizontal que diz respeito a um idêntico tratamento perante as mesmas necessidades (Wagstaff e van Doorslaer, 2000, citado por Nunes, 2012). Assim, para um determinado nível de necessidade,

espera-se que a oportunidade de ter acesso a cuidados de saúde seja a mesma para todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto, rendimento, género, educação, etc. (Wagstaff e Van Doorslaer, 2000, citado por Nunes, 2012).

As características da população em conjunto com as do sistema de prestação de cuidados vão influenciar a utilização e o acesso aos cuidados de saúde (Furtado e Pereira, 2010). Nesse sentido, é de extrema importância que as estratégias ou políticas destinadas a promover o acesso aos cuidados de saúde sejam avaliadas, não só pelos serviços disponíveis, mas também pela capacidade dos indivíduos utilizarem e beneficiarem dos mesmos (Furtado e Pereira, 2010). Pois, *os cuidados de saúde devem estar disponíveis de forma idêntica e deve haver uma oportunidade igual para usar os serviços por parte daqueles que têm uma necessidade idêntica* (Miguel e Bugalho, 2002, p. 63).

Ao considerarmos a equidade no acesso a cuidados de saúde como um dos fatores determinantes para a eliminação das iniquidades no estado de saúde, torna-se evidente que os comportamentos que promovam a seleção de doentes (Nunes, 2012), as limitações financeiras dos indivíduos e a desigual distribuição de serviços de saúde nos países (Miguel e Bugalho, 2002) são incompatíveis com os objetivos de equidade de acesso estabelecidos pelos sistemas de saúde. Assim sendo, para que o princípio da equidade seja respeitado não devem existir incentivos à seleção de clientes associados a menores custos e a uma maior rentabilidade e os modelos de financiamento utilizados devem garantir uma distribuição equitativa de recursos, não beneficiando nem penalizando prestadores nem consumidores (Nunes, 2012).

Os sistemas de saúde têm de ser acessíveis. Este é um dos princípios enunciados na Carta Social Europeia, que salienta a importância de critérios transparentes para o acesso ao tratamento médico e a obrigação dos Estados-Membros de disporem de um sistema de saúde que não exclua partes da população de receber serviços de cuidados de saúde

(Comissão Europeia, 2014, p.8).

Conclusão

Nestes últimos anos, face às alterações da estrutura demográfica, dos padrões epidemiológicos de várias doenças, à evolução tecnológica e à dinâmica financeira e económica de um mercado global, tem-se verificado um ritmo de crescimento dos gastos em saúde superior ao do crescimento económico, onde a sustentabilidade dos sistemas de saúde é posta em causa. Tal facto, impõe desafios ao próprio financiamento do sistema, o que motivou o aprofundamento de conhecimentos no âmbito desta temática. Ao longo dos capítulos desenvolveram-se os aspetos históricos e conceptuais dos sistemas de saúde e dos modelos de financiamento de cada país e as suas implicações na saúde e na equidade de acesso aos cuidados. As pesquisas realizadas evidenciam claramente que os modelos de financiamento têm um impacto direto na equidade de acesso e na eficiência hospitalar. Nesse sentido, verificou-se que foram várias as reformas implementadas, com o intuito de controlar os gastos e aumentar a eficiência, destacando-se a responsabilização da gestão e a empresarialização dos hospitais.

Referências Bibliográficas

- BALEIZÃO, Andreia. *Equidade na saúde e nos cuidados de saúde: migrantes e não migrantes na infeção de VIH/SIDA em Portugal*. Universidade Nova de Lisboa, 2010. Tese de Mestrado.
- DINIZ, Vera Cristina Azevedo. *A Influência das Políticas de Financiamento no Desempenho Económico-Financeiro dos Hospitais Públicos Portugueses: O caso da Contratualização nos Hospitais E.P.E.* Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2013. Tese de Mestrado.
- EIRA, Ana de Almeida. *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Faculdade de Economia, Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.
- EUROPA. Comissão Europeia. Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes [Em linha].

Bruxelas, 2014. [consult. 05-04-2017]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pt.pdf

FURTADO, Cláudia et PEREIRA, João. *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa, 2010. Documento de Trabalho.

MIGUEL, José e BUGALHO, Margarida. *Economia da Saúde: novos modelos*. Análise Social, 2002, vol. XXXVIII (166), pp. 51-75.

NUNES, Patrícia. *Financiamento Hospitalar em Portugal - Incentivos à Seleção e Equidade*. Universidade Nova de Lisboa, 2012. Tese de Mestrado.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso Aos Cuidados de Saúde. *Direção-Geral da Saúde*. [Em linha]. 2013. pp. 2-22. [consult. 14-11-2016]. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf

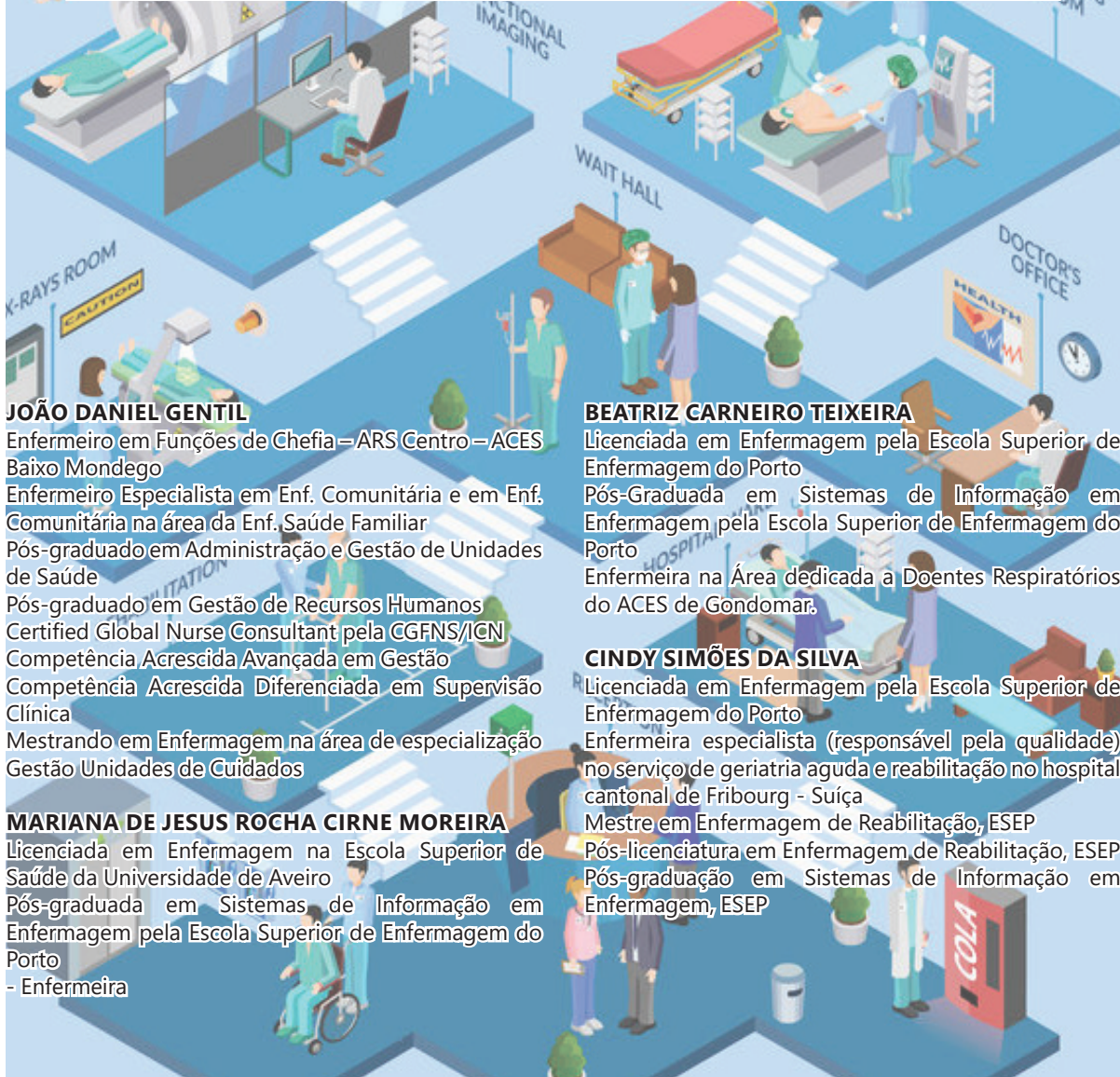
SAKELLARIDES, Constantino, et al. *O Futuro Do Sistema de Saúde Português "Saúde 2015"*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa, 2005. Relatório.

SIMÕES, Jorge. As parcerias público-privadas no setor da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2004, vol. 4, pp. 79-90.

SOUSA, Paulino. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*. 2009, vol. 22, pp. 884-894.

VANDENBROUCKE, Frank. Équité en soins de santé. *Reflets et perspectives de la vie économique*. [Em linha]. 2003, vol. XLII, nº 1, pp.31-37. [consult. 24-05-2017]. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2003-1-page-31.htm>

EXEMPLO DE MAPEAMENTO ENTRE A NURSINGONTOS E A SNOMED-CT



JOÃO DANIEL GENTIL

Enfermeiro em Funções de Chefia – ARS Centro – ACES Baixo Mondego
 Enfermeiro Especialista em Enf. Comunitária e em Enf. Comunitária na área da Enf. Saúde Familiar
 Pós-graduado em Administração e Gestão de Unidades de Saúde
 Pós-graduado em Gestão de Recursos Humanos
 Certified Global Nurse Consultant pela CGFNS/ICN
 Competência Acrescida Avançada em Gestão
 Competência Acrescida Diferenciada em Supervisão Clínica
 Mestrando em Enfermagem na área de especialização Gestão Unidades de Cuidados

MARIANA DE JESUS ROCHA CIRNE MOREIRA

Licenciada em Enfermagem na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
 Pós-graduada em Sistemas de Informação em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto
 - Enfermeira

BEATRIZ CARNEIRO TEIXEIRA

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto
 Pós-Graduada em Sistemas de Informação em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto
 Enfermeira na Área dedicada a Doentes Respiratórios do ACES de Gondomar.

CINDY SIMÕES DA SILVA

Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto
 Enfermeira especialista (responsável pela qualidade) no serviço de geriatria aguda e reabilitação no hospital cantonal de Fribourg - Suíça
 Mestre em Enfermagem de Reabilitação, ESEP
 Pós-licenciatura em Enfermagem de Reabilitação, ESEP
 Pós-graduação em Sistemas de Informação em Enfermagem, ESEP

RESUMO

O método de mapeamento utilizado iniciou-se com a pesquisa dos termos da NursingOntos, seguindo-se a aplicação de filtros permitindo a realização da análise dos descritores, os seus atributos/propriedades, valores e os relacionamentos estabelecidos entre si, utilizando o browser SNOMED-CT - edição internacional. Como resultados, verificamos que em 7 dos 12 termos predefinidos existia algum grau de equivalência lexical ou concetual.

Em suma, contribui-se desta forma para refinar a Taxonomia Ontológica existente.

Palavras-Chave: SNOMED CT, Interoperabilidade, NursingOntos

ABSTRACT

The mapping method used began with the search for the terms in the NursingOntos browser, followed by the application of filters allowing the analysis of descriptors, their attributes/properties, values and the relationships established between them, using the SNOMED-CT browser (International Edition). As a result, we found that in 7 of the 12 predefined terms there was some degree of lexical or conceptual equivalence. In conclusion, this paper contributes to refining the existing Ontological Taxonomy.

Keywords: SNOMED CT, Interoperability, NursingOntos

Na realização deste artigo, propusemos analisar alguns exemplos centrados no mapeamento de conceitos da NursingOntos (NO) com a SNOMED-CT. Para o desenvolvimento deste artigo definimos como objetivos: clarificar os conceitos de interoperabilidade, mapeamento, SNOMED-CT; identificar as vantagens da interoperabilidade e o contributo particular das terminologias para esse feito; e mapear 12 termos da NO – designadamente 6 diagnósticos de enfermagem e 6 intervenções de enfermagem – com a SNOMED-CT, explorando a existência ou ausência de equivalência lexical e semântica. Foi utilizada a metodologia descritiva e crítico-reflexiva, baseada na consulta e leitura de artigos disponíveis em bases de dados. Foram também utilizadas as plataformas da NO e o browser da SNOMED-CT.

ENQUADRAMENTO

Um sistema de informação (SI) é considerado útil, quando a informação disponibilizada é relevante para os seus propósitos e permite despendar menos tempo e esforço para extrair a informação que necessitam, de forma segura e fácil (Bailas, 2016; Silva, 2016, citados por Amaral et al., 2021). Os mesmos autores, citando Marin (2010), defendem que um SI tem como objetivo principal contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do sistema de saúde, permitindo a realização de investigação, com evidência e auxiliando no ensino.

Uma das dificuldades no desenvolvimento dos SI está relacionado com o processo de integração de dados e a sua interoperabilidade de forma a garantir o objetivo de disponibilização de informação relevante aos utilizadores, em tempo útil. Este é um processo muito complexo, devido à diversidade de funcionalidades de várias aplicações, com imagens distintas, com linguagem de programação diferentes, muitas vezes incompatíveis entre aplicações, com recurso a terminologias e semânticas diversas não representativas e validados pelos utilizadores (Varandas, 2014, citado por Amaral et al., 2021). Neste contexto,

é consensual, a necessidade de utilizar instrumentos de forma a uniformizar e padronizar as bases de dados, e no que diz respeito à área da saúde, é imperativo a adoção de uma terminologia comum, entendida pelos utilizadores, uma vez que a linguagem clínica é muito específica. As principais dificuldades encontradas são referentes aos processos de integração, recuperação e interoperabilidade dos dados e informações. Assim, a interoperabilidade entre componentes de um sistema distribuído heterogéneo é definida como a habilidade destes componentes trocarem informações e serviços (Wegner, 1996, citado por Holanda, 2005). Ela permite aos componentes cooperarem, apesar das diferenças nas linguagens, interfaces e plataforma de execução (Manola, 1995, citado por Holanda, 2005). A interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde, que incluem aplicativos heterogéneos, é um aspeto chave nos ajustes do compartilhamento distribuído das informações relativas à saúde. Nos hospitais, muitos e diferentes sistemas de computação necessitam de estar conectados, exigindo assim padrões comuns de interoperabilidade para conseguir o intercâmbio de informações (Holanda 2005). De facto, há consenso sobre as dificuldades para atingir a interoperabilidade. Tal como defendem muitos autores na pesquisa efetuada. De acordo com Holanda (2005), as dificuldades para se alcançar a interoperabilidade são muitas. Por um lado, há o aspeto da interoperabilidade técnica, ou seja, a transmissão de dados e integração de serviços. Por outro lado, há o aspeto da interoperabilidade semântica, ou seja, os clientes e servidores devem ter um entendimento comum do significado dos dados e serviços requisitados.

Interoperabilidade técnica

Para garantir a interoperabilidade técnica entre sistemas heterogéneos pode-se utilizar um middleware, que é um software entre a aplicação e a camada de rede cujo objetivo é garantir a comunicação (Holanda, 2005).

Interoperabilidade semântica

Pelo contexto deste artigo, iremos abordar a interoperabilidade mais do ponto de vista da semântica.

Os sistemas de terminologias permitem que sistemas computacionais possam trocar informações com um pouco mais de “entendimento” do significado (semântica) do conteúdo (Holanda, 2005). A sintaxe e a semântica da troca de informações clínicas, utilizando uma linguagem específica para este fim, podem ser padronizadas utilizando um sistema de terminologia. Os sistemas de terminologia ajudam a lidar com a enorme variabilidade das expressões e termos clínicos, reduzindo a ambiguidade e relacionando os termos sinónimos. Com a utilização destes sistemas, os termos clínicos podem ser representados por códigos que são independentes da linguagem natural. No entanto, de acordo com Holanda (2005), os sistemas de terminologia existentes possuem diversas desvantagens, sendo a maioria delas relacionadas a falta de expressividade. Vocabulários como SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) e MeSH (Medical Subject Headings) oferecem acesso multiaxial e permitem que o utilizador use os códigos de várias categorias para representar conceitos complexos. Mas, devido à falta de representação explícita em contexto de interoperabilidade semântica, os sistemas de codificação são insuficientes para usos mais ambiciosos.

Ontologias

A palavra ontologia deriva do grego onto (ser) + logia (estudo). Na organização e representação do conhecimento, o sentido é diferente. A partir de uma determinada área de domínio (campo do conhecimento que se deseja representar), a ontologia propõe-se a classificar as coisas em categorias na perspectiva do sujeito e da linguagem do domínio (Vital e Café, 2011). As ontologias organizam o conhecimento em forma de uma teia de relações, assim como a mente humana, em uma relação intencional (Vital et al., 2011). Essa forma de organização corrobora a afirmação citada por Amaral et

al. (2021), de que as ontologias “[...] permitem formas de representação baseadas em lógica, o que possibilita o uso de mecanismos de inferência para criar novo conhecimento a partir do existente”. Sendo assim, utilizada em processos de Gestão do Conhecimento, o desenvolvimento das ontologias possibilita a formação de relações entre conceitos, assim como, propicia a representação de várias relações de um mesmo objeto. Ontologia é uma maneira de representar o conhecimento de forma organizada, a fim de facilitar a compreensão, permitir o compartilhamento das informações e construir uma base de conhecimento (Silva et al., 2009). Para as classificações de enfermagem, a ontologia viabiliza tanto o seu desenvolvimento quanto a sua manutenção, permitindo a identificação dos termos, os seus respetivos significados e as relações possíveis entre os termos (Silva et al., 2009). A fase da criação da ontologia foi cercada de dúvidas e muito estudo, pois o domínio das classificações de enfermagem é extremamente complexo. É necessário muito mais pesquisas para apoiar e direcionar trabalhos relacionados a este domínio (Silva et al., 2009). Em saúde a utilização de ontologias é uma importante ferramenta, pela diversidade e complexidade de conceitos utilizados pelos profissionais na área da saúde. A ontologia vem permitir uma interoperabilidade semântica de dados clínicos nos sistemas de informação de saúde e ainda propiciar a reutilização e a extensão de definições de outras ontologias existentes, melhorando a continuidade de cuidados prestados por diferentes instituições e diferentes profissionais de saúde (Souza & Almeida, 2020; Martins & Bulcão-Neto, 2019, citados por Amaral et al., 2021). A utilização de ontologias como ferramentas de classificação e estruturação da informação vem contribuir para melhorar as práticas baseadas na evidência, uma vez que o acesso à informação é facilitado, pela sua estruturação, em pouco tempo, o que melhora as decisões clínicas e a qualidade dos serviços de saúde prestados. Mas também, influencia positivamente a literacia em saúde do cidadão, contribuindo para que

este obtenha bem-estar e qualidade de vida (Pinto & Almeida, 2020, citados por Amaral et al. 2021). Em enfermagem, a preocupação pela organização e estruturação da informação foi, também, reconhecida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros que procuraram compilar num documento terminologias conhecidas por todos os enfermeiros do mundo, que resultasse de consensos daquilo que é observável (diagnósticos e resultados de enfermagem), assim como de ações empreendidas para resolver problemas de saúde (intervenções de enfermagem), sendo assim publicada a CIPE (Classificação Internacional para a prática de Enfermagem). Esta classificação encontra-se traduzida em 18 idiomas diferentes. A existência de uma terminologia mais ampla que permitisse aos enfermeiros continuarem a fazer parte de sistemas de informação multidisciplinar, conduziu ao acordo do ICN com a Organização para o Desenvolvimento de Normas Internacionais de Terminologia da Saúde (IHTSDO) na adoção da Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms (SNOWMED CT) (O.E., 2015, citado por Amaral, 2021).

A classificação SNOMED-CT é definida como uma nomenclatura organizada e estruturada dos termos clínicos, desenvolvidos a partir de conceitos, descrições, correlações e categorias; ou seja, é uma ontologia que agrega um conjunto extenso de conceitos, que estabelecem entre si relações polihierárquicas. Conhecida como uma terminologia multiaxial que comporta dados clínicos em saúde, com origem da união do "SNOMED Reference Terminology - SNOMED RT, desenvolvida pelo Colégio Americano de Patologistas (CAP), com a Clinical Terms Version 3 (CTV3)", que é mantida pelo National Health Service - NHS - Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, e recebe o nome de Read Codes. A ontologia SNOMED-CT além de ser baseada numa lógica formal, possui um modelo concetual. As regras do modelo concetual desta ontologia especificam os conceitos de topo ou de nível hierárquico superior a partir dos quais são organizados os termos existentes na SNOMED-CT, e que

são: 1) estrutura corporal ou body structure que representa estruturas anatómicas; 2) achados clínicos ou clinical finding, que inclui resultados de observações, avaliações ou julgamentos clínicos; 3) ambiente ou localização geográfica ou environment or geographical location - que engloba elementos relativos a tipos de ambientes e também a zonas geográficas (países, estados e regiões); 4) evento ou event - que representa ocorrências fora do âmbito da prestação de cuidados, exemplo: inundações, terremotos,...; 5) entidade observável ou observable entity - representa perguntas ou as possíveis respostas/resultados que podem advir de uma avaliação; 6) organismo ou organism - incorpora termos relativos a organismos importantes na medicina humana e animal; 7) produto farmacêutico ou biológico ou pharmaceutical / biologic product - representa os medicamentos; 8) força física ou physical force - engloba conceitos referentes a forças físicas que podem constituir um mecanismo de lesão; 9) objeto físico ou physical object - refere-se aos objetos físicos naturais ou feitos pelo homem; 10) procedimento ou procedure - diz respeito às atividades realizadas no âmbito da prestação de cuidados de saúde; 11) valor do qualificador ou qualifier value - englobam os valores de alguns atributos; 12) artefacto de registo ou record artifact - diz respeito a conteúdos/registos criados com a finalidade de fornecer informações a outras pessoas; 13) situação com contexto explícito ou situation with explicit context - incorporam conceitos em que o contexto clínico é especificado, ou seja, em que é integrando na definição do próprio conceito; 14) componente do modelo SNOMED-CT ou SNOMED CT model component - contém metadados técnicos; 15) contexto social ou social context - diz respeito a elementos alusivos a condições e circunstâncias sociais que se revelam significativas para os cuidados de saúde; 16) conceito especial ou special concept - representa conceitos que não desempenham um papel na lógica formal, mas que podem ser úteis em casos específicos; 17) specimen - representa entidades que são obtidas

(geralmente do paciente) para exame ou análise; 18) estadiamento e escalas ou staging and scales - representa escalas de avaliação; 19) substância ou substance - diz respeito a substâncias gerais, corporais, dietéticas e elementos químicos constituintes de produtos (SNOMED International, 2021). De acordo com Amaral et al. (2021), esta nomenclatura (SNOMED-CT) permite codificar e relacionar conceitos por meio de hierarquias multiaxiais e por coerentes definições. A utilização deste formato possibilita maximizar a expressividade, e torna-se numa ferramenta útil por: codificar a informação na assistência individual ao utente; conceber informação adequada ao seu atendimento; integrar diretrizes, protocolos clínicos e sistemas de apoio à decisão; promover o intercâmbio de informações entre diferentes profissionais do processo de assistência em saúde; contribuir nos processos de comunicação eficaz entre as equipas de saúde em prol da segurança do utente; possibilitar a mensuração dos resultados da prestação de serviços de saúde à população e fomentar estratégias para a gestão nacional das questões e recursos dos sistemas de saúde (Silva et al., 2020, citados por Amaral et al., 2021).

Mapeamento

O processo de mapeamento avalia a relação e equivalência entre termos oriundos de diferentes sistemas terminológicos (Torres et al. 2020). De acordo com os autores Torres et al. (2020), as razões para a sua aplicação são a promoção de interoperabilidade, a reutilização de dados, a identificação de lacunas existentes nas terminologias e a atualização de versões terminológicas.

Na área da saúde, são identificados exemplos de mapeamento cruzado entre a Human Phenotype Ontology (HPO) e a SNOMED-CT e entre a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) e a Classificação Internacional de Intervenções de Saúde (ICHI) e a SNOMED-CT. Na área de enfermagem, o mapeamento cruzado é utilizado nas propostas metodológicas para a

elaboração de subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), mas não se limita a essa classificação, como pode ser identificado no mapeamento entre um subconjunto da SNOMED-CT e a North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), o Sistema Comunitário de Saúde de Omaha e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Torres et al. 2020). Em Portugal, em 2021, ocorreu a apresentação da NursingOntos, uma verdadeira ontologia para a enfermagem, numa parceria pioneira entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e a Ordem dos Enfermeiros, que visa permitir a representação do conhecimento em enfermagem com uma clara melhoria da qualidade da sua interoperabilidade no futuro, ou seja, num benefício para a interoperabilidade pelas vantagens que representa. O mapeamento entre ontologias tem um papel central na integração semântica de dados semânticos. Porém, a atualização no domínio do conhecimento aumenta a quantidade de novos conceitos na ontologia. Isso requer a manutenção dos conjuntos de mapeamento em tempo hábil de acordo com a dinâmica do conhecimento (Yamamoto e Reis, 2019).

Modelo de Mapeamento

O processo de mapeamento cruzado consiste na "(...) obtenção de listagem de termos, por meio de extração e normalização; ligação entre os termos da listagem e os da base de referência, mediante regras previamente definidas; e agrupamento dos termos em categorias: combinação exata ou parcial ou, de maneira mais detalhada, termo similar, termo mais abrangente, termo mais restrito e termo não concordante." (Gomes et al., 2019, pg.1). Este processo pode ser efetuado/realizado por via manual, mista ou automatizada, sendo que este último (quando comparado com o primeiro) representa um esforço e consumo de tempo menor para os pesquisadores, bem como, minimiza a ocorrência de erros. (Gomes et al., 2019; Torres et al., 2020). Torres e colaboradores,

(2020) consideram que os princípios da cardinalidade e da equivalência, contribuem para a tomada de decisão, dos pesquisadores, no processo de seleção dos termos da terminologia alvo mais adequados. A cardinalidade diz respeito à correspondência de um termo de um documento-fonte (DF) a um ou mais termos de um documento-alvo (DA), bem como a correspondência entre diversos termos de um DF e um termo de um DA. É reconhecida também a possibilidade de ocorrer uma cardinalidade/correspondência de “um para zero”, quando um termo de uma terminologia-fonte não tem correspondência a nenhum termo da terminologia-alvo. Por outro lado, o conceito de equivalência aporta não só o princípio da cardinalidade, como também inclui as variações do contexto cultural (como por exemplo, no idioma) e da área do domínio (Torres et al., 2020). A escala de avaliação do grau de equivalência, entre termo-DF e termo-DA, no processo de mapeamento cruzado é composta por 5 níveis, sendo eles: 1º nível – equivalência de significado tanto do ponto de vista lexical como conceitual; 2º nível – equivalência de significado nos quais os termos são sinónimos; 3º nível – o termo-DF é mais abrangente e menos específico que o termo-DA; 4º nível - o termo-DF é mais restrito e específico que o termo-DA; e 5º nível – quando não se verifica qualquer equivalência entre termos (DF e DA), não sendo possível o mapeamento. (Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2016; Torres et al., 2020).

Para a elaboração do exercício/exemplo de mapeamento definimos um conjunto de passos de forma a clarificar e uniformizar o processo de mapeamento utilizado.

MÉTODOS E RESULTADOS

Antes de iniciarmos o processo de mapeamento em si, procedemos à seleção de alguns termos da NursingOntos, designadamente diagnósticos e intervenções de enfermagem, relativos a diferentes focos de atenção. Seguidamente, utilizámos a ferramenta de idioma em inglês dado que o motor de busca da SNOMED CT (edição

internacional) não interpreta termos em português.

O segundo passo do exercício de mapeamento consistiu em pesquisarmos o termo da NursingOntos na sua forma integral, no browser da SNOMED CT. Como consequência deste 2º passo surgiram duas vias possíveis, sendo elas: obtido(s) resultado(s) ou ausência de resultado(s). Quando verificado obtenção de resultado e no caso específico dos termos da NO correspondentes a diagnósticos de enfermagem, foram apenas incluídos os termos da SNOMED-CT do domínio clinical finding, tendo em conta os termos do DF elegidos. Após a aplicação do filtro, procedemos à averiguação individual de cada um dos termos/conceitos obtidos, analisando o(s) descritor(es), os seus atributos/propriedades, valores e os relacionamentos estabelecidos entre estas entidades. No caso de não se verificar reconhecimento do termo integral (da NO) na SNOMED CT, procedemos à fragmentação do mesmo – iniciando a pesquisa com a utilização de várias palavras agregadas/ conjunto de conceitos, avançando para a pesquisa de uma única palavra (idealmente palavras-chave), quando a utilização da primeira vertente se verificava ineficaz. Depois de obtido um novo conjunto de resultados, recorreremos igualmente à utilização dos filtros. No entanto, para um dos casos (especificamente para o mapeamento do diagnóstico de enfermagem: Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso) em que o grau de equivalência entre termos (DF e DA) foi 5, verificamos a necessidade de incluir outros domínios (ou seja, filtros), como: procedure (especificamente o filtro regimen/therapy) e social context. Por fim, foi realizada a análise individual de cada um dos conceitos obtidos, à semelhança do que foi descrito anteriormente.

No que reporta ao mapeamento dos termos, da NO, referentes às intervenções de enfermagem, todo o processo foi semelhante ao definido para o mapeamento dos diagnósticos com exceção dos filtros/domínios incluídos. O domínio predominante foi o procedure, no entanto verificou-

se a necessidade de incluir outros como: observable entity e qualifier value (no caso particular do mapeamento da intervenção: Incentivar hábitos de vigilância da saúde); e physical object (para a intervenção de enfermagem: Transferir cliente usando dispositivo).

Para a elaboração deste exercício de mapeamento, e por forma a concretizar os objetivos propostos procedemos ao mapeamento de 12 termos. Os conceitos selecionados tiveram por base os conteúdos integrados na ontologia de enfermagem – NursingOntos (NO) e estão divididos em 6 diagnósticos de enfermagem e 6 intervenções de enfermagem, representados sinteticamente na Tabela 1.

No âmbito dos diagnósticos de enfermagem, o primeiro conceito da NO mapeado para a SNOMED-CT é Retenção urinária (Urinary retention). Após o uso do modelo de mapeamento acima descrito obteve-se o seguinte termo: Retention of urine - cujo SNOMED-CT CODE é o 267064002 - que é (ou seja, is a) uma Disorder of urinary bladder (disorder) e tem como atributo finding site com o valor Urinary bladder structure (body structure), tal como representado no diagrama 1. Além disso como sinónimo deste descritor (Retention of urine) é reconhecido o termo Urinary retention. Tendo em conta a escala de avaliação do grau de equivalência, este mapeamento corresponde ao 1º nível, ou seja, verifica-se uma equivalência de significado: léxica e conceitual.

O segundo termo do DF mapeado consiste no diagnóstico de enfermagem: Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso (em inglês Readiness of caregiver to enhance knowledge of managing medication regime). No que diz respeito ao princípio da cardinalidade, a correspondência foi de “um para zero”, uma

Termo NursingOntos	Termo SNOMED-CT
Urinary retention (Retenção urinária)	Retention of urine [ID 267064002]
Readiness of caregiver to enhance knowledge of managing medication regime (Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso)	Caregiver [ID 133932002] Deficient knowledge of medication regimen [ID 129866007] Ready for enhanced knowledge [ID 426502000]
Impaired self feeding (Alimentar-se comprometido)	Self-feeding deficit [ID 7653001]
Readiness to enhance health seeking behaviour (Potencial para melhorar comportamento de procura de saúde)	Health seeking behavior [ID 130969003] Ready for enhanced power [ID 425515001]
Readiness to enhance knowledge of preventing fall (Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda)	Ready for enhanced knowledge [ID 426502000] Deficient knowledge of fall prevention [ID 704403007]
Activity intolerance (Intolerância à atividade)	Activity intolerance [ID 77427003]
Teaching about medication side effects (Ensinar sobre efeitos secundários da medicação)	Medication side effects education [ID 396080005]
Administering medication (Administrar medicação)	Administration of drug or medicament [ID 18629005]
Assisting with self feeding (Assistir no alimentar-se)	Assisting with eating and drinking [ID: 226010006]
Motivating health surveillance habits (Incentivar hábitos de vigilância da saúde)	Health seeking behavior [ID 130969003] Habits [ID: 363898005] Surveillance [ID: 225419007] Health [ID: 263775005]
Transferring patient using device (Transferir cliente usando dispositivo)	Transfer training [ID: 78089009] Transfer/turning assistive device [ID 705413009]
Evaluating walking (Avaliar evolução no andar)	Assessment of ability to walk [ID 710828008]

Tabela 1 – Lista dos enunciados da NursingOntos mapeados com a SNOMED-CT

vez que nenhum mapeamento foi possível. Ou seja, corresponde ao grau 5 da escala anteriormente mencionada. No entanto, como sugestões de conceitos da SNOMED-CT que podem constituir componentes do termo-DF (da NO) definimos: caregiver; deficient knowledge of medication regimen; e ready for enhanced knowledge. De modo a minimizar a ocorrência de erros neste exercício de mapeamento foram considerados os atributos e relações dos termos do DA, e cujos diagramas são apresentados seguidamente. O conceito SNOMED-CT CODE 133932002 é descrito por Caregiver, representado no diagrama da figura 1, que é um (is a) Person in the healthcare environment (person), integrado no domínio social context (social concept). Não tem atributos e tem como termo-filho o Informal caregiver (person).

Deficient knowledge of medication regimen é o decritor correspondente ao SNOMED-CT CODE 129866007 e pertence ao domínio clinical finding. É (is a) um Healthcare knowledge finding (finding) que tem como atributos: a) has interpretation, o valor deficient (que é um qualifier value) e b) interpreta, o valor - entidade observável Health literacy. Ademais é (is a) um Medication regimen behavior finding (finding), que tem como atributo "interpreta" o valor Ability to manage medication (que, também, é uma entidade observável), tal como é representado no diagrama da figura 2. Apresenta como termos-filhos: Patient does not understand why taking all medication (finding) e Patient misunderstood treatment instructions (finding).

Figura 1 – Diagrama do conceito Caregiver

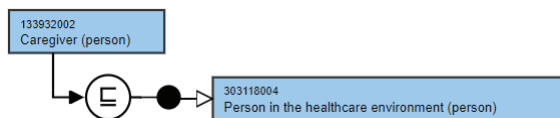
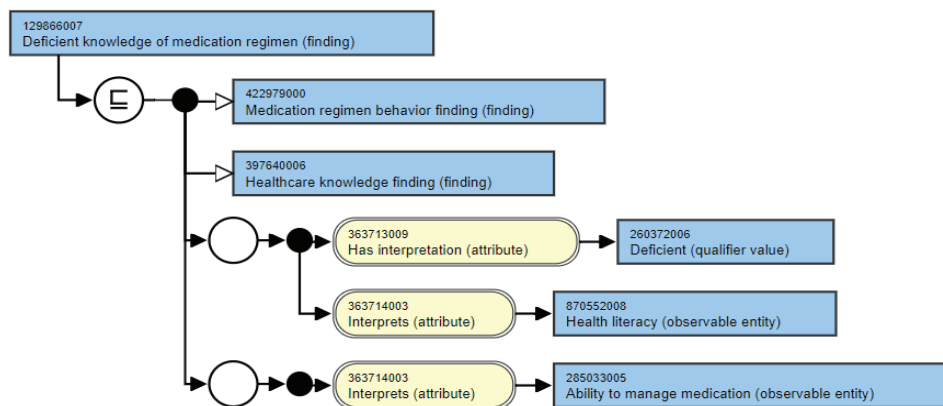


Figura 2 – Diagrama do conceito Deficient knowledge of medication regimen

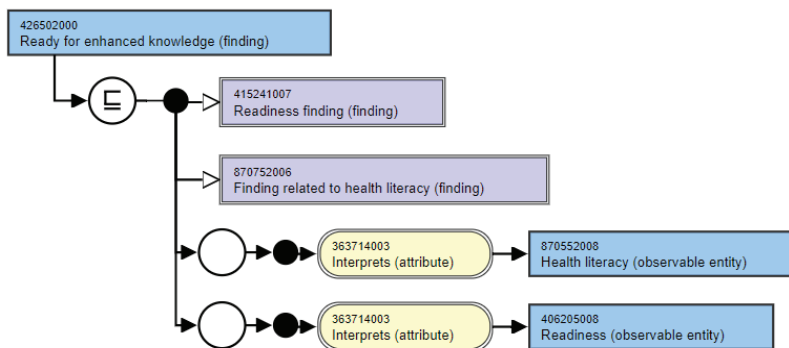


Por fim, e representado na figura 3, definimos o descritor ready for enhanced knowledge, que está associado ao conceito SNOMED-CT CODE 426502000 e que pertence ao domínio clinical finding. É (is a) um Finding related to health literacy (finding) que tem como atributo interprets, e valor Health literacy (que é uma entidade observável). Além disso, também é (is a) Readiness finding (finding) que tem como atributo interprets, e valor Readiness (observable entity). Não apresenta termos-filhos.

of fall prevention. De modo a minimizar a ocorrência de erros neste exercício de mapeamento foram considerados os atributos e relações dos termos do DA. O diagrama relativo ao ready for enhanced knowledge já foi apresentado anteriormente (figura 3) e o diagrama referente ao deficient knowledge of fall prevention vai ser apresentado seguidamente.

O conceito SNOMED-CT CODE 704403007 é descrito por deficient knowledge of fall prevention, representado no diagrama

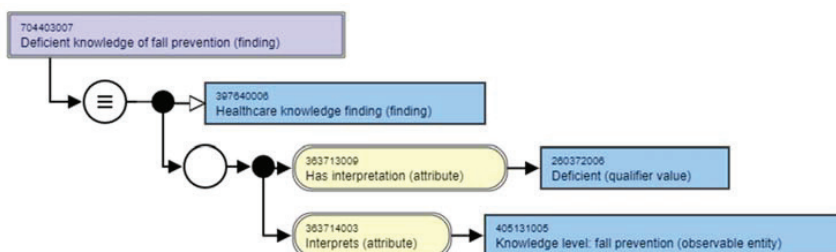
Figura 3 – Diagrama do conceito Ready for enhanced knowledge



O terceiro termo do DF mapeado consiste no diagnóstico de enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda (em inglês Readiness to enhance knowledge of preventing fall). No que diz respeito ao princípio da cardinalidade, a correspondência foi de “um para zero”, uma vez que nenhum mapeamento foi possível. Ou seja, corresponde ao grau 5 da escala anteriormente mencionada. No entanto, como sugestões de conceitos da SNOMED-CT que podem constituir componentes do termo-DF (da NO) definimos: ready for enhanced knowledge e deficiente knowledge

da figura 4, que é um (is a) Healthcare knowledge finding, integrado no domínio clinical finding que tem como atributos: a) has interpretation, o valor deficient (que é um qualifier value) e b) interprets, o valor - entidade observável Knowledge level: fall prevention.

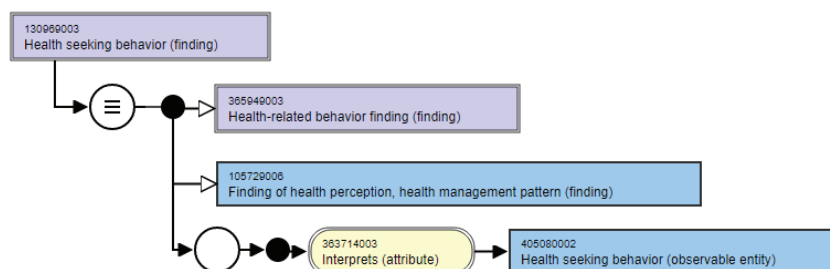
Figura 4 – Diagrama do conceito Deficient knowledge of fall Prevention



O quarto conceito da NO mapeado para a SNOMED-CT é Intolerância à atividade (Activity intolerance). Após o uso do modelo de mapeamento acima descrito obteve-se o seguinte termo: Activity intolerance - cujo SNOMED-CT CODE é o 77427003 - que é (ou seja, is a) uma Activity alteration e tem como atributos a) interprets, o valor - entidade observável Ability to perform function/activity; b) has interpretation, o valor altered (que é um qualifier value). Relativamente ao nível de equivalência, este mapeamento pertence ao 4º nível, ou seja, o termo-DF é mais restrito e específico que o termo-DA; Um outro conceito/diagnóstico da NO mapeado para SNOMED-CT é Alimentar-se Comprometido (Impaired self feeding) que após o modelo de mapeamento obteve-se o seguinte termo: Self-feeding deficit - cujo SNOMED-CT CODE é o 7653001 - que é (ou seja, is a) Finding related to ability to feed self e tem como atributos a) interprets, o valor - entidade observável Ability to feed self e

correspondência foi de “um para zero”, uma vez que nenhum mapeamento foi possível. Ou seja, corresponde ao grau 5 da escala anteriormente mencionada. No entanto, como sugestões de conceitos da SNOMED-CT que podem constituir componentes do termo-DF (da NO) definimos: Health seeking behavior - cujo SNOMED-CT CODE é o 130969003 - correspondente ao diagrama da figura 5 e Ready for enhanced power - cujo SNOMED-CT CODE é o 425515001 - correspondente ao diagrama da figura 6. Mais uma vez de modo a minimizar a ocorrência de erros neste exercício de mapeamento foram considerados os atributos e relações dos termos do DA, a seguir apresentados. O conceito SNOMED-CT CODE 130969003 é descrito por Health seeking behavior, que é um (is a) Finding of health perception, health management pattern, integrado no domínio clinical finding que tem como atributos: a) interprets, o valor - entidade observável Health seeking behavior.

Figura 5 – Diagrama do conceito Health seeking behavior

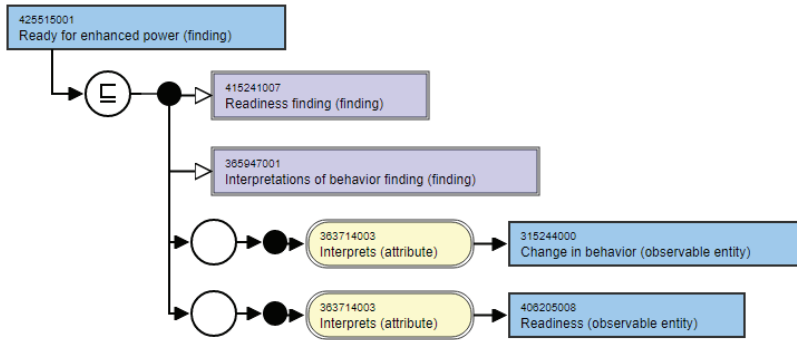


dentro deste, o atributo has interpretation com o valor - deficient (que é um qualifier value); b) interprets, o valor - entidade observável Activity of daily living. Tendo em conta a escala de avaliação do grau de equivalência, estes dois mapeamentos correspondem ao 1º nível, ou seja, verifica-se uma equivalência de significado: léxica e conceitual.

O sexto e último diagnóstico da NO mapeado para a SNOMED-CT é Potencial para melhorar comportamento de procura de saúde (Readiness to enhance health seeking behaviour). No que diz respeito ao princípio da cardinalidade, a

O conceito SNOMED-CT CODE 425515001 é descrito por Ready for enhanced power, pertencente ao domínio clinical finding, é um (is a) Readiness finding tem como atributo: a) interprets, o valor - entidade observável Readiness. Além disso também é (is a) e Interpretations of behaviour finding, integrado no domínio clinical finding que tem como atributo: a) interprets, o valor - entidade observável Change in behaviour. Não apresenta termos filhos.

Figura 6 – Diagrama do conceito Ready for enhanced power



As intervenções de enfermagem integradas na NursingOntos são classificadas três tipos de intervenções, designadamente do tipo: Informar, observar e executar. Neste sentido, e por forma a potencializar o desenvolvimento de competências de mapeamento de conceitos da NO para SNOMED, selecionamos para a elaboração do presente artigo, pelo menos uma intervenção de cada uma das três categorias. Além disso, procuramos utilizar diferentes termos (no caso, intervenções) de variados focos de atenção, que estabelecem entre si uma relação hierárquica.

Relativamente ao domínio do Contexto da Ontologia com valor Intervenção do tipo Informar, um dos conceitos mapeados foi Ensinar sobre os efeitos secundários da medicação e cuja tradução, em inglês, é Teaching about medication side effects. Com a aplicação do modelo de mapeamento descrito no segmento anterior obteve-se o seguinte termo-DA: Medication side effects education – pertencente ao domínio procedure e cujo SNOMED-CT CODE é o 396080005. Tem como termos-pai: Treatment side effects education (procedure) e Medication education (procedure). Além disso tem como atributos “methods”, com valor Education - action (que pertence ao domínio qualifier value); e “has focus”, com valor procedure. Não tem termos-filhos. Relativamente ao grau de compatibilidade, os conceitos mapeados apresentam nível de equivalência de significado: lexical e conceitual (nível 1).

No que respeita o domínio do Contexto da Ontologia com valor Intervenção do

tipo Observar, o conceito mapeado foi Avaliar evolução do andar e cuja tradução, em inglês, é Evaluating walking. No que diz respeito ao princípio da cardinalidade, a correspondência foi de “um para zero”, uma vez que nenhum mapeamento foi possível. Ou seja, corresponde ao grau 5 da escala anteriormente mencionada. Após fragmentação dos conceitos e interpretação dos vários resultados, obteve-se o seguinte termo-DA: Assessment of ability to walk – pertencente ao domínio procedure e cujo SNOMED-CT CODE é o 710828008. Tem como termos-pai: Procedure with a clinical finding focus (procedure) e Evaluation procedure (procedure). Além disso tem como atributos “method”, com valor Evaluation - action (que pertence ao domínio qualifier value); e “has focus”, com valor finding related to ability to walk (que pertence ao domínio finding);.

Quanto às intervenções do tipo executar procedemos ao mapeamento do conceito-fonte Administrar medicação ou, em inglês, Administering medication obtendo como resultado o termo [FSN (Fully specified name) - Nome totalmente especificado]: Administration of drug or medicament, cujo SNOMED-CT CODE é 18629005, e consiste num termo do domínio procedure. É um (is a) administration of substance (pertencente ao domínio procedure), e tem como atributos: 1) “method” com valor administration - action (qualifier value) e 2) “Direct substance”, com valor drug or medicament (substance).

Como outro sinónimo deste termo (CODE 18629005) a SNOMED-CT reconhece o conceito CODE 31412019 descrito por Administration of medication, sendo que

ambos os conceitos possuem os mesmos atributos. Caso o termo do DA considerado seja o primeiro atribuímos como grau de equivalência entre o conceito mapeado e o conceito obtido o grau 4, ou seja, o termo do DF é mais restrito que o termo do DA. Por outro lado, caso seja considerado o seu sinónimo (ou seja, Administration of medication) o grau de equivalência entre os termos DF-DA é grau 1, dado que se verifica compatibilidade lexical e conceitual.

Ainda no que se reporta a intervenção do tipo executar, outro dos conceitos mapeados foi transferir cliente usando dispositivo e cuja tradução, em inglês, é Transferring patient using device. Com a aplicação do modelo de mapeamento descrito no segmento anterior não se obteve nenhum termo correspondendo ao nível de equivalência 5.

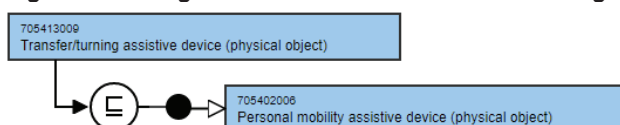
No entanto, como sugestões de conceitos da SNOMED-CT que podem constituir componentes do termo-DF (da NO) definimos: transfer training e Transfer/turning assistive device. De modo a minimizar a ocorrência de erros neste exercício de mapeamento foram considerados os atributos e relações dos termos do DA.

O conceito SNOMED-CT CODE 78089009 descrito por transfer training, representado no diagrama da figura 7, é um (is a) Physiotherapy training, integrado no domínio procedure e tem como atributos "method" com valor training - action (qualifier value). O conceito SNOMED-CT CODE 705413009, representado no diagrama da figura 8, é um (is a) Personal mobility assistive device, integrado no domínio physical object.

Figura 7 – Diagrama do conceito Transfer training



Figura 8 – Diagrama do conceito Transfer/turning assistive device



De salientar que, ao realizar a intervenção desta intervenção surgiu-nos o conceito transfer patient, que numa primeira análise poderia-nos fazer-nos acreditar que seria o adequado. No entanto, ao analisá-lo verificamos que remetia para uma transferência administrativa do doente de um serviço para o outro ou de uma instituição para outra.

Outra intervenção do tipo executar mapeada para SNOMED-CT é Assistir no alimentar-se em inglês Assisting with self feeding obtendo como resultado o conceito Assisting with eating and drinking, cujo SNOMED-CT

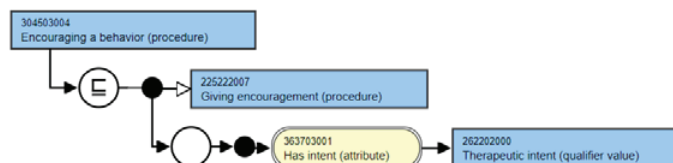
CODE é 226010006, e consiste num termo do domínio procedure. É um (is a) Assisting with activity of daily living (pertencente ao domínio procedure), e tem como atributos: 1) "method" com valor Assisting - action (qualifier value) e 2) "has focus", com valor Finding of activity of daily living (finding). Tendo em conta a escala de avaliação do grau de equivalência, estes dois mapeamentos, correspondem ao 1º nível, ou seja, verifica-se uma equivalência de significado: léxica e conceitual.

Ainda inserida nas intervenções do tipo executar, temos Incentivar hábitos de

vigilância da saúde, em inglês Motivating health surveillance habits. Com a aplicação do modelo de mapeamento descrito no segmento anterior, não se obteve nenhum conceito, correspondendo ao nível de equivalência 5. No entanto, como sugestões de conceitos da SNOMED-CT que podem constituir componentes do termo-DF (da NO) definimos: Encouraging a behavior, Habits, Surveillance e Health. De modo a minimizar a ocorrência de erros neste exercício de

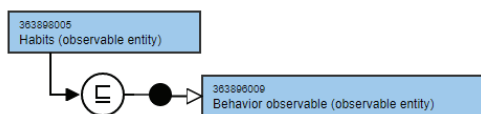
mapeamento foram considerados os atributos e relações dos termos do DA. O conceito SNOMED-CT CODE 304503004 descrito por Encouraging a behavior, representado no diagrama da figura 9, é um (is a) procedure giving encouragement, integrado no domínio procedure e tem como atributo 1) has intent, o valor – qualifier value Therapeutic value.

Figura 9 – Diagrama do conceito Encouraging a behavior



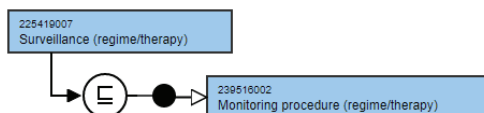
O conceito SNOMED-CT CODE 363898005 descrito por Habits, representado no diagrama da figura 10, é um (is a) Behaviour observable, integrado no domínio Observable entity.

Figura 10 – Diagrama do conceito Habits



O conceito SNOMED-CT CODE 225419007 descrito por Surveillance, representado no diagrama da figura 11, é um (is a) Monitoring procedure, integrado no domínio regime/therapy.

Figura 11 – Diagrama do conceito Surveillance



Por último, o conceito SNOMED-CT CODE 263775005 descrito por Health, representado no diagrama da figura 12, é um (is a) Physiological process, integrado no domínio qualifier value.

Figura 12 – Diagrama do conceito Health



CONCLUSÕES

Este trabalho focou-se na criação de 6 mapeamentos de enfermagem da NO com a SNOMED-CT e 6 intervenções de enfermagem da NO com a SNOMED-CT para assim elaborar um ensaio/exemplos sobre o alinhamento semântico entre ontologias. Assim, o mapeamento entre ontologias tem um papel central na integração semântica de dados semânticos e as atualizações no domínio do conhecimento aumentam a quantidade de novos conceitos na Ontologia. Isso requererá a manutenção dos conjuntos de mapeamento em tempo útil de acordo com a dinâmica do conhecimento. Propusemo-nos a estabelecer alinhamentos existentes entre NO e a SNOMED-CT. O mapeamento proposto considera o contexto dos conceitos em ambas as ontologias como um meio de encontrar as correspondências entre conceitos.

Este trabalho, ainda que sob a forma de ensaio, poderá ser alvo de aprimoramento para futura partilha para que o mesmo contribua ao desenvolvimento desta área. Neste sentido, poderá, no futuro, servir de base para o desenvolvimento de estudos relacionados com a NursingOntos.

O relevo da temática é elevado, sendo um dos focos principais de ação na atualidade no contexto da profissão de enfermagem, nomeadamente através das recentes apresentações públicas pela Ordem dos Enfermeiros em parceria com Escola Superior Enfermagem do Porto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A., Araújo, C., Costeira, C., Duarte, M., & Júnior, S. (2021). Integração de Dados: A Importância das Taxonomias e Ontologias em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 131, 91-103.
- Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. (2016). ISO/TR 12.300: Informática em saúde - princípios de mapeamento entre sistemas terminológicos.
- Bailas, C. (2016). Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Gomes, D., Oliveira, L., Cubas, M., & Barra, C. (2019). Uso de ferramentas computacionais como auxílio ao método de mapeamento cruzado entre terminologias clínicas. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0187>
- Holanda, A. (2005). Proposta de uma arquitetura interoperável para um sistema de informação em saúde. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor
- Manola, F. (1995). "Interoperability issues in large-scale distributed object systems," *ACM Computing Surveys (CSUR)*, vol. 27, no. 2, pp. 268-270
- Marin, H. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações finais. *Journal of Health Informatics*, 2(1), 20-24. Recuperado de <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>

- Martins, M., & Bulcão-Neto, R. (2019). Mapping methods between Archetypes and Ontologies: a Systematic Review. *Journal of Health Informatics*, 11(1), 27-32. Recuperado de <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/634>
- Ordem dos Enfermeiros - O.E. (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Lusodidacta
- Pinto, J., & Almeida, M. (2020). Ontologias públicas sobre governo eletrônico: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Brazilian Journal of Information Science: Research trends*, 14(3), doi: <https://doi.org/10.36311/1940-1640.2020.v14n3.10105>
- Varandas, C. (2014). Análise Integrada dos Sistemas de Informação em Saúde (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior. Portugal.
- Silva, P. (2016). Satisfação dos enfermeiros na utilização dos sistemas de informação em Enfermagem: Um estudo nos Hospitais do Funchal (Dissertação de mestrado) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Silva, C., Vega, E., Cordova, F., Carneiro, F., Azzolin, Rosso, L., ..., Almeida, M. (2020). SNOMED- CT como modelo de sistema de linguagem padronizada à enfermagem: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha em Enfermagem*, doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190281>
- Silva, R., Malucelli, A., & Cubas, M. (2009). Em direção à Ontologia CIPESC. *Journal of Health Informatics*, 1(1),22–26.
- SNOMED International. (2021). SNOMED CT Starter Guide. <https://confluence.ihtsdotools.org/display/DOCSTART/SNOMED+CT+Starter+Guide>. Consultado a 05/06/2021
- Souza, A., & Almeida, M. (2020). Comunicação entre sistemas de informação médicos. *RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*. doi: <https://doi.org/10.20396/rdbci.v18i0.865708>
- Torres, F., Gomes, D., Ronnau, L., Moro, C. & Cubas, M. (2020). ISSO/TR 12300:2016 para mapeamento entre terminologias clínicas: contribuição para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, 1-6.
- Vital, L., & Café, L. (2011). Ontologias e taxonomias: diferenças. *Perspectivas em Ciência da Informação*, 16(2), 115–30. doi: 10.1590/S1413-99362011000200008.
- Wegner, P. (1996). "Interoperability," *ACM Computing Surveys (CSUR)*, vol. 28, no. 1, pp. 285– 287.
- Yamamoto, V., & Reis, J. (2019). Refinamento de Mapeamentos dirigido pela Evolução de Ontologia

A HUMANIZAÇÃO COMO FOCO NA ABORDAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



Ana Isabel Araújo Barros
 Enfermeira no CHUP, aluna do Mestrado em
 Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização
 em Enfermagem Médica Cirúrgica Pessoa em Situação
 Crítica pela Universidade Católica Portuguesa, Porto.
 E-mail: anaaraujobarros@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar os aspectos mais pertinentes relativamente à humanização de assistência praticada em contexto de urgência e emergência, bem como as ações passíveis de implementação para uma melhoria no cuidado humanizado à pessoa em situação crítica.

Material e Métodos: Revisão narrativa da literatura. Pesquisa em base de dados dos artigos indexados na SciELO, PubMed e CINAHL através dos descritores "humanization of assistance", "patient" e "emergency nursing", publicados entre 2015-2020, em texto integral, artigos em acesso livre e em português, inglês e espanhol.

Resultados: Os resultados apontam que a humanização deve ser iniciada no serviço de urgência logo no momento do acolhimento. Entretanto, existem algumas dificuldades inerentes ao processo de humanização nos serviços de urgência e emergência relacionados com problemas estruturais, profissionais e formativos. A falta de valorização da profissão, a carga excessiva horária, a sobrelocação dos serviços, a escassez de recursos humanos e materiais, bem como os níveis de elevado stress vivenciados levam a um descorar da prática humanizada, contribuindo para uma prática tecnicista e mecanizada. Porém, algumas estratégias são apontadas no sentido da melhoria dos cuidados e para uma implementação efetiva de cuidados de saúde mais humanizados.

Conclusão: Desta forma, torna-se necessária uma maior reflexão sobre a prática profissional nos serviços de urgência e emergência, através da implementação de estratégias devidamente fundamentadas, protocoladas e de prática implementação nas instituições e no quotidiano dos profissionais. Para que ocorra humanização é necessário investimento na formação humana do profissional, reconhecer os seus limites, valorizar fatores que envolvam a sua dimensão humana, incentivar a sua autonomia, justiça e dignidade.

Palavras-chave: humanização de assistência, paciente, urgência, emergência.

RESUMO

Objective: To identify the most relevant scientific publications regarding the humanization of care practiced in the context of urgency and emergency, as well as the actions that can be implemented to improve humanized care for people in critical situations.

Material and Methods: Narrative literature review. Database search of articles indexed in SciELO, PubMed and CINAHL using the descriptors "humanization of assistance", "patient" and "emergency nursing", published between 2015-2020, in full text, articles in free access and in Portuguese, English and Spanish.

Results: The results indicate that the humanization of being initiated in the emergency service right at the moment of reception. However, there are some difficulties inherent to the humanization process in urgent and emergency services related to structural, professional and training problems. The lack of appreciation of the profession, the excessive hourly load, the overcrowding of services, the scarcity of human and material resources, as well as the high levels of stress experienced, lead to a discoloration of humanized practice, leading to a technicist and mechanized practice. However, some strategies are aimed at improving care and for an effective implementation of more humanized health care.

Conclusion: Thus, it is necessary to reflect more on professional practice in urgent and emergency services, through the implementation of duly grounded, protocolled and practical implementation strategies in institutions and in the daily lives of professionals. For humanization to occur, it is necessary to invest in the professional training of human beings, to recognize their limits, to value factors that involve their human dimension, to encourage their autonomy, justice and dignity.

Keywords: humanization of assistance, patient, urgency, emergency.

INTRODUÇÃO

O serviço de urgência e emergência de um hospital é em Portugal, paralelamente a outros países da Europa e do mundo, como a “porta de entrada” da população no serviço de saúde público. Várias são as situações que fazem com que as pessoas recorram a este meio hospitalar, contudo torna-se importante ressaltar o excesso de afluência ao mesmo, muito devido a uma deficitária triagem e desconhecimento geral da população perante o verdadeiro sentido da deslocação ao serviço de urgência. Esta problemática apresentada resulta numa sobrelotação destes serviços, podendo comprometer o cuidado de saúde prestado e contribuir para uma desumanização por parte dos profissionais e para com as pessoas de necessitam dos cuidados.

Apesar desta realidade, a sobrelotação não concerne na única questão de relevo que contribui para a dificuldade de um cuidado humanizado nos serviços de urgência. Outros fatores como a gestão dos casos de elevado risco perante um modelo biomédico centrado no “salvar vidas”, o excesso tecnológico nestas áreas cada vez mais inovado, o stress pelo qual os profissionais estão constantemente expostos, bem como falta de incentivo formativo por parte dos mecanismos de gestão e académicos, direcionada desde cedo para a importância do cuidado assente no conceito da humanização, contribuem para a necessidade de se falar cada vez mais na importância deste tema.

Um serviço de urgência está muito focado na queixa principal da pessoa e não em toda a sua envolvência, sendo necessária a implementação de boas práticas de saúde voltadas para a integralidade do cuidado. Vários autores fazem referência à necessidade de um cuidado de urgência e emergência onde se estabeleçam boas práticas permitindo o funcionamento e organização do serviço, promovendo ambiente acolhedor, que preserve a identidade da pessoa, proporcionando, deste modo privacidade, respeito e dignidade humana (Perboni, Silva, & Oliveira, 2019).

Neste contexto, a humanização do cuidado configura-se como um importante desafio para os enfermeiros, podendo ser entendida como um conjunto de iniciativas que conciliam o acolhimento à utilização da melhor tecnologia disponível, valorizando a formação de vínculo e promovendo um cuidado mais direcionado, com vista a oferecer melhores condições de vida à pessoa que necessita de cuidados de saúde (Silveira & Contim, 2015).

A humanização do cuidado em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de espaços concretos nas instituições de saúde que legitimem a essência humana das pessoas envolvidas. O cuidado humanizado implica a compreensão do significado da outra vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro.

Considerando a complexidade do tema, humanizar a assistência à pessoa em situação crítica é um grande desafio e significa cuidar da pessoa de forma holística, considerando o contexto pessoal, familiar e social. Para isto, são fundamentais a atuação ativa da equipa de enfermagem e a utilização da comunicação interpessoal como instrumento para o cuidado (Ribeiro, Trovo, & Puggina, 2017).

Sendo assim, é necessária uma reflexão sobre a humanização que vem sendo precariamente exercida nos dias de hoje, muito devido a predominância do avanço tecnológico e científico e, muitas vezes, fragmentando-se a atenção que deveria ser dispensada de forma mais humana (Gallo & Mello, 2009).

Na tentativa de reverter este cenário, a temática da humanização apresenta-se como de extrema importância e cada vez mais alvo de pertinente investigação, de forma a serem modificados determinados comportamentos, bem como para a melhoria no que à recuperação da pessoa, como um ser biopsicossocial, diz respeito.

Neste sentido, e perante a exposição desta problemática, tornou-se, para mim, essencial um maior aprofundamento de um tema que

me fez refletir intensamente no decorrer dos contextos práticos que me foram propostos no âmbito do curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica. A humanização de assistência surge assim como uma dificuldade observada na prática da generalidade dos profissionais, sobretudo em contexto de urgência e emergência.

Para uma melhor percepção deste tema concretizou-se a realização desta revisão narrativa, onde se pretende expor diversas opiniões relativas à temática, e apresentar algumas estratégias que sejam de prática implementação para a melhoria dos cuidados prestados.

OBJETIVO

Identificar e analisar aspetos relevantes relativos à humanização de assistência no cuidado à pessoa em situação crítica na área de urgência e emergência no período de 2015 a 2020, caracterizando os artigos quanto ao título, autores, ano da publicação, resultados obtidos e base de dados onde foi identificada, de modo a analisar a forma como esta temática tem sido trabalhada no âmbito da urgência e emergência nos últimos anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura de modo a obter-se uma síntese dos conhecimentos existente acerca desta temática cada vez mais pertinente e, de certa forma, descorada com base no avanço tecnológico cada vez mais acentuado no mundo da abordagem à pessoa em situação crítica. Esta revisão consiste numa publicação ampla, apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (Rother, 2007).

A recolha dos artigos científicos selecionados foi realizada a partir da pesquisa eletrónica em bases de dados científicas como SciELO, PubMed e CINAHL.

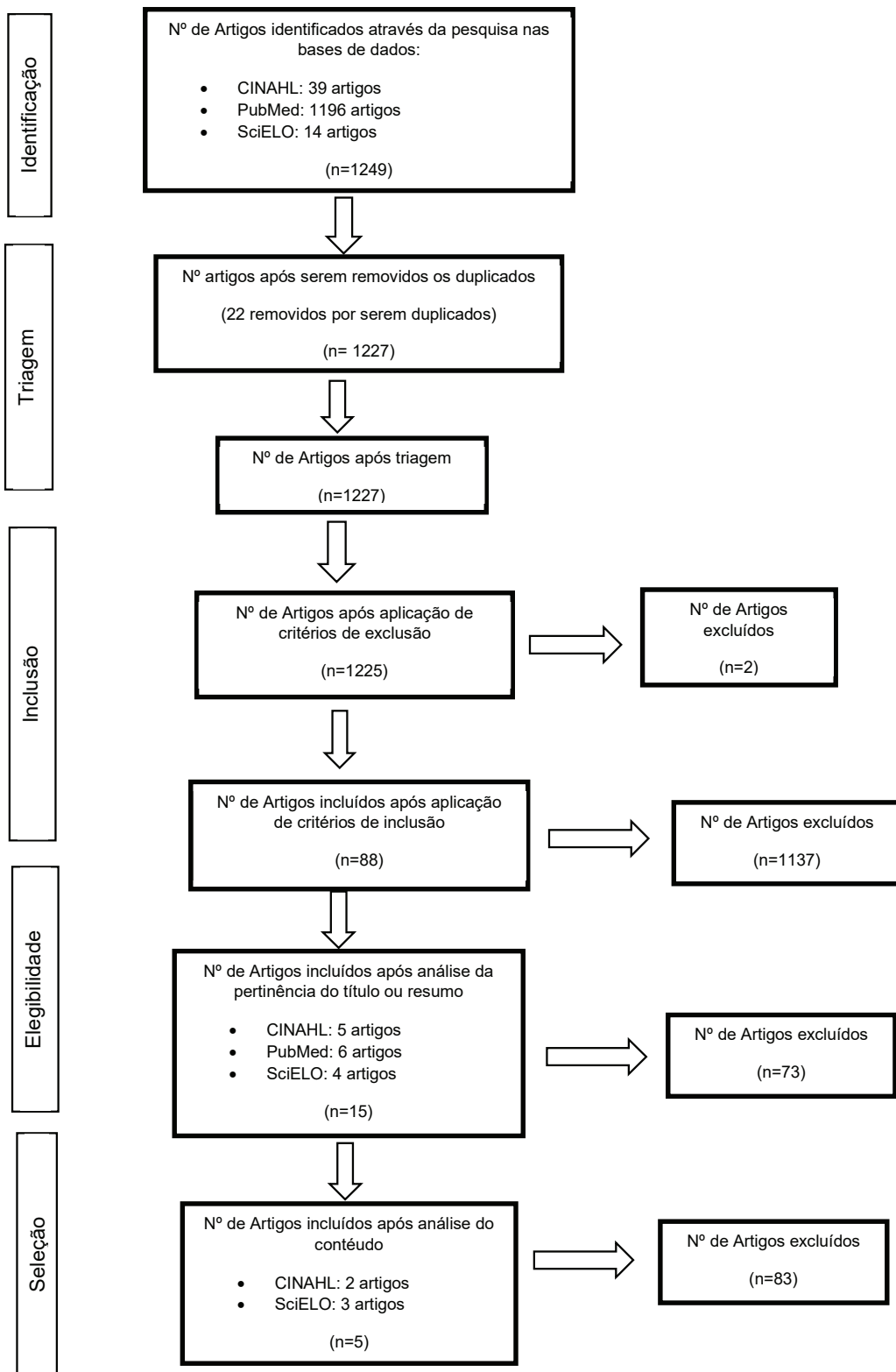
A pesquisa decorreu nos dias 4 e 5 de janeiro de 2021. Os descritores utilizados

para o levantamento dos artigos foram "humanization of assistance", "patient" e "emergency nursing", de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs).

Para que fosse possível uma apresentação de dados mais objetiva, foi elaborado um Diagrama Prisma (Figura 1). Neste contexto, foram encontrados um total de 1249 artigos nas bases de dados anteriormente mencionadas. Deste total de artigos, após remoção de artigos em duplicado nas diferentes plataformas ficaram para análise 1227. Após esta etapa, introduziram-se de modo a tornar a pesquisa mais seletiva, os critérios de exclusão. Nestes critérios incluí artigos do foro pediátrico, artigos neonatais, de obstetrícia, psiquiatria e relacionados com a COVID-19. Como critérios de inclusão privilegiei artigos entre o ano de 2015 e 2020, em texto integral e de acesso livre, bem como artigos preferencialmente em português, espanhol e inglês.

Perante este método de seleção e para que fosse possível a determinação exata de artigos que respondessem integralmente ao meu objetivo assente na pesquisa dos aspetos relevantes, procedi à leitura e análise do título e resumo a fim de refinar a pesquisa para a composição final desta revisão. Desta maneira, foram selecionados 15 artigos que abordavam a humanização de assistência pela equipa de enfermagem, que após uma leitura exaustiva dos mesmos apenas 5 foram os selecionados por se enquadrarem na temática assistencial do cuidado humanizado em contexto de urgência e emergência. Os restantes artigos foram excluídos uma vez que o seu conteúdo não correspondia ao objetivo principal pela ausência dos aspetos de relevo à humanização no caso específico de urgência e emergência.

Figura 1: Diagrama PRISMA



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na fase de análise dos resultados optei por uma organização dos artigos eleitos para uma melhor caracterização dos mesmos

quanto à base de dados referente, autores, título, ano, revista e resultados obtidos.

Quadro 1: Caracterização dos artigos

Autores	Título	Revista	Ano	Resultados Obtidos
CINAHL				
Rôlo, Beatriz; Santos, Beatriz; Duarte, Ivan; Pires, Letícia; Castro, Cidália	Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review	Annals of Medicine	2019	Os principais fatores que influenciam na humanização do atendimento à pessoa em situação crítica são aqueles que afetam a sua evolução como mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais. É importante olhar para a pessoa em situação crítica nos vários aspectos, vendo-o como um todo, realizando assim o cuidado de enfermagem holístico. Existem princípios fundamentais que regulam a prática humanizada da assistência de enfermagem, que atua no campo da emergência, que garante as necessidades humanas básicas por meio do trabalho em equipa, bem como visar ao autocuidado, recuperação e promoção da saúde. A humanização está ausente no dia a dia do Serviço de Emergência.
Leite, Tereza E. H. P.; Sousa, Francisco I. N.; Ponte, Vanessa A.; Mariano, Monaliza R.; Barbosa, Priscilla M. E.; Araújo, Thiago M.	The Challenges of Humanization Within Units of Ready Attendance: The Vision of Managers	Ciência, Cuidado e Saúde	2018	Participaram neste estudo 18 profissionais do serviço de emergência, dos quais 9 enfermeiras e médicas. Com este estudo foi possível identificar os desafios da humanização nas unidades de urgência e emergência, bem como os fatores influentes no processo de humanização.
SciELO				
Anguila, Martina V.; Sanjuan-Quiles, Ángela; Rios-Risquez, Maria I.; Valenzuela-Anguila,	Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras	Revista de Enfermagem Referência	2019	Foram identificados dois temas principais: as dimensões dos cuidados de saúde humanizados e implementação de cuidados de saúde humanizados nos serviços de urgência, bem como cinco subtemas. São apresentadas recomendações para reforçar as iniciativas para implementação de modelos integrados de assistência em saúde. A implementação do cuidado holístico, centrado no doente e na sua família é essencial para garantir a humanização dos cuidados de saúde nos serviços de urgência.

<p>Maria C.; Juliá-Sanchis, Rocio; Montejano-Lozoya, Raimunda</p>				
<p>Sousa, Kayo H. J. F.; Damasceno, Carolinne K. C. S.; Almeida, Camila A. P. L.; Magalhães, Juliana M.; Ferreira, Márcia A.</p>	<p>Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem</p>	<p>Revista Gaúcha de Enfermagem</p>	<p>2019</p>	<p>A análise possibilitou a elaboração das unidades de evidência: 'Acolhimento com classificação de risco: dispositivo com bons resultados' e 'Barreiras e dificuldades para a utilização das diretrizes da Política Nacional de Humanização. O Acolhimento com Classificação de Risco foi evidenciado como principal dispositivo para a efetiva operacionalização da Política Nacional de Humanização e existem barreiras para sua efetivação relacionadas à organização das redes de atenção à saúde, problemas estruturais e ao trabalho multiprofissional.</p>
<p>Perboni, Jéssica A.; Silva, Renata C.; Oliveira, Stefanie Gribeler</p>	<p>A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado</p>	<p>Interações</p>	<p>2019</p>	<p>Os principais achados versaram sobre a humanização do atendimento pelos enfermeiros, prioridades e os desafios do cuidado ao paciente politraumatizado.</p>

No decurso da análise dos artigos pude identificar como temáticas de relevância para abordar de modo sistematizado nesta revisão, o conceito de humanização, os desafios e dificuldades na efetivação do processo de humanização no serviço de urgência e emergência e as estratégias para um cuidado humanizado neste contexto de abordagem à pessoa em situação crítica. A obtenção desta estrutura possibilitou a identificação dos seguintes subcapítulos de referência teórica.

1. Conceito de Humanização

Os artigos identificados apresentavam várias definições à luz teórica do que se percebe

do conceito de humanização, sendo desta forma espelhadas alguns desses mesmos conceitos com dimensões semelhantes.

O conceito humanização tem sido amplamente introduzido nas discussões relativas à melhoria dos cuidados prestados em saúde, muito embora ainda necessite de mais enfoque tanto a nível do ensino, como por parte das instituições hospitalares.

Segundo Silva, Esteves, & Castro (2016), humanizar significa respeitar e valorizar a pessoa humana, sem qualquer tipo de discriminação, sendo este tema um dos principais enfoques quando se fala de assistência hospitalar para uma produção

de saúde de qualidade em toda a sua envolvimento.

Cada vez mais, nos dias atuais, vem aumentando a necessidade do profissional de enfermagem se renovar e refletir sobre uma atuação que valorize o ser humano. Portanto, é preciso que o cuidado prestado seja reavaliado de modo a que se torne possível a implementação de uma assistência humanizada em saúde.

A enfermagem possui um importante papel na implantação da humanização nos serviços de saúde. A prática atual de enfermagem deve ser norteada por cuidados humanizados, como uma ação ampla e integral, respeitando e acolhendo as necessidades de cada indivíduo (Radaelli, Costa, & Pissaia, 2019).

Segundo Antunes, Garcia, Oliveira, Rodrigues, & Alves (2018), a humanização em saúde realizada pela enfermagem tem-se apresentado de forma relevante no contexto atual, tendo em vista a integralidade do cuidado prestado, requerendo uma revisão das práticas científicas relacionadas com o conceito de humanização, as quais são e serão aplicadas na prática cotidiana, permitindo estabelecer ambientes de trabalho em saúde menos stressantes e que valorizem tanto a pessoa ruquerente de cuidados de saúde bem como o profissional de saúde envolvido. Perante isto, diversos autores relatam o conceito de humanização à luz da evolução histórica e filosófica, tornando-se assim essencial a concreta exposição da sua definição perante os dias que correm, e perante o seu nível de importância e envolvimento na abordagem à pessoa em situação crítica.

A humanização do cuidado em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e à dignidade do ser humano. Quando se fala em atendimento humanizado, pensa-se num processo que permita facilitar a adaptação da pessoa vulnerável à transição de saúde-doença, para que esta seja capaz de enfrentar positivamente os desafios pelos quais está a passar naquele momento (Radaelli, Costa, & Pissaia, 2019).

Anguita, et al. (2019) na sua análise qualitativa referem que os enfermeiros entrevistados consideram o conceito humanização como sendo algo multidimensional, baseando-se na relação que é estabelecida com o doente e a sua família, na qual o profissional de saúde tem a capacidade de combinar as intervenções técnicas com tarefas de saúde personalizadas, colocando ênfase no desenvolvimento de uma relação de empatia, carinho e respeito. Estes, também fazem referência à importância do desenvolvimento de uma relação eficaz com o doente/família perante a consciência da sua vulnerabilidade. O conceito humanizar, ao contrário de como é vulgarmente reconhecido, não se centra apenas na pessoa doente, mas sim na valorização de todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde (Perboni, Silva, & Oliveira, 2019).

Como Sousa, Damasceno, Almeida, Magalhães, & Ferreira (2019) referem, a humanização da assistência vai muito além do respeito e do cuidado atencioso para com o outro, engloba também a oferta de serviços e tecnologias, os recursos humanos e materiais, as infraestruturas, visando um cuidado seguro com garantia de conforto e bem-estar para os usuários dos serviços de saúde.

Como é possível de constatar na diferente literatura, o conceito de humanização do cuidado é algo ainda amplamente vago, muito assente ainda nos cuidados de saúde centrados na pessoa doente, contrariamente ao modelo tradicional paternalista, centrado na doença (Bush, Moretti, Travaini, Wu, & Rimondini, 2019). Contudo a humanização carece de uma visão mais holística, centrada na pessoa com toda a sua envolvimento biopsicossocial, em que não só nos focamos na pessoa a necessitar de cuidados de saúde mas igualmente em todos aqueles que estão envolvidos neste processo em que as interações são constantes, visando humanizar os sistemas de saúde em toda a sua globalidade.

2. Desafios e Dificuldades na Efetivação do Processo de Humanização no Serviço de Urgência e Emergência

No que aos desafios e dificuldades diz respeito, pude comprovar, na minha pesquisa, que são identificados vários fatores dificultadores para a implementação efetiva da humanização na prática diária de um serviço de urgência e emergência. De acordo com os artigos selecionados torna-se perceptível por parte dos profissionais de saúde, essencialmente enfermeiros, a carência de contributos positivos para uma prática efetiva do processo de humanização, sendo facilmente identificados quais os contributos e as circunstâncias que impossibilitam a sua implementação.

Os serviços de urgência e emergência estão constantemente expostos a condições complexas inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados. Neste contexto, é importante referir as características que apresentam, sendo totalmente diferentes de outros serviços. Um serviço de urgência/emergência é um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a presença de finitude da vida é uma constante, potenciando níveis abruptos de ansiedade, tanto na pessoa que carece dos cuidados de saúde bem como nos seus familiares, e profissionais que nestas circunstâncias desempenham as suas atividades.

Considerando toda a imprevisibilidade presente nestes serviços, o ritmo acelerado de trabalho, a vigilância, a sobrecarga física e emocional, a procura incessante pela manutenção da vida, a assistência humanizada neste contexto de atuação urgente e emergente é rotineiramente questionada.

Como Radaelli, Costa, & Pissaia (2019) referem no seu artigo, os serviços de urgência e emergência hospitalar, com uma rotina acelerada de atendimento, tornam-se em ambientes de muita tensão e stress. Referem ainda que todos os envolvidos que vivenciam esta realidade diariamente, desde doentes, a familiares e profissionais de saúde, estão vulneráveis à ansiedade e angústia, pelo

que atuar de forma humanizada perante esta realidade diária é um desafio tremendo. Montezeli, Meier, Peres, Venturi, & Wolff (2009) também no seu artigo uns anos antes já mencionavam que a dinâmica do funcionamento de um serviço de urgência e emergência aliado à gravidade da maioria das ocorrências que ali surgem e à sua constante imprevisibilidade fazem com que o ambiente seja repleto de instabilidades. Reforçam ainda que, neste universo, atenuar o sofrimento da pessoa doente e humanizar o atendimento são fundamentos para uma atuação de enfermagem de qualidade, na procura do equilíbrio entre a técnica, a ética e os aspeto subejtivo.

Contudo, e perante a realidade da atuação nestes serviços altamente complexos, é sábio que muitos são os constrangimentos à prestação de uma prática humanizada.

A prática humanizada, como já tem vindo a ser referida neste artigo, vai muito além do cuidado apenas à pessoa doente, e conseqüentemente à sua família. O cuidado humanizado envolve igualmente os profissionais envolvidos, uma vez que a humanização necessita de ser implementada de raiz, propocionando de igual modo condições de trabalho propícias a uma prática de saúde de alta qualidade, em que a humanização de assistência é mandatória e transversal.

Perante o exposto, e percecionando de forma clara as dificuldades na implementação do processo de humanização nos serviços de urgência e emergência, fatores como a escassez de recursos humanos e materiais, traduzindo-se em horas de trabalho excessivas, supervisões inadequadas e desvalorização profissional, são altamente vivenciados pelos profissionais da área, contribuindo para índices elevados de desmotivação e de falta efetivação de práticas de qualidade. Leite, et al. (2018) no seu artigo referem que além do investimento em equipamentos e tecnologia é necessário investir igualmente no acolhimento baseado no diálogo e no respeito entre todos os envolvidos, referem ainda que a carga horária exercida pelos profissionais que

atuam na área da emergência é vista como uma componente que gera fragilidade na implementação da humanização, em paralelo com o número de profissionais contratados, ou seja, aliado a todos estes comprometimentos, temos ainda a escassez notória de recursos humanos qualificados nesta área.

Ainda mais se acrescenta como dificuldade, a elevada procura a estes serviços pela população em geral. A sobrelocação condiciona a possibilidade de uma prática exímia no que ao contexto de urgência diz respeito. Esta procura aumenta sobretudo em períodos sazonais, como nos meses de inverno, ocorrendo num “entupimento” da principal porta de entrada no serviço nacional de saúde. Leite, et al. (2018) referem que a alta demanda, principalmente em períodos sazonais de doenças prevalentes na população, prejudica o cuidado humanizado por não permitir um diálogo mais longo entre os profissionais e pessoas doentes em detrimento da emergência do problema individual a ser solucionado. Esta entrave dificulta o atendimento, pois o excesso de procura tumultua o processo de trabalho, sobrecarrega os profissionais e o serviço, dificultando o acesso àqueles que realmente necessitam deste cuidado urgente (Santos R. L., 2019). Importante ainda referir que neste contexto a probabilidade de níveis de violência ao profissionais torna-se crescente face à insatisfação dos usuários, que se tornam hostis e agressivos. Este círculo repete-se interferindo de forma cíclica na prática de um cuidado humanizado nos serviços de urgência. Perboni, Silva, & Oliveira (2019) referem que a sobrecarga de trabalho aliada também à falta de apoio e possíveis injustiças organizacionais são fatores que implicam negativamente na qualidade de trabalho do enfermeiro, fazendo com que os níveis de stress sejam cada vez mais elevados e exacerbados.

Outro dos fatores frequentemente mencionados na literatura e que espelham as realidades vivenciadas tanto por doente como por profissionais é a estrutura física e os recursos materiais disponíveis nestes

serviços. Sousa, Damasceno, Almeida, Magalhães, & Ferreira (2019) corroboram esta afirmação, uma vez que o espaço físico faz parte do processo de acolhimento hospitalar, proporcionando desta forma conforto à pessoa doente, sendo um dos fatores mencionados pela população como importantes para um atedimento mais confortável. Silva, Paiva, Faria, Ohl, & Chavaglia (2016) referem também que entre os aspetos negativos apontados pelos doentes destaca-se a falta de conforto do ambiente.

Perboni, Silva, & Oliveira (2019) na sua pesquisa retiraram de algumas entrevistas a enfermeiros que é notório o seu descontentamento relativamente aos recursos humanos e recursos materiais dentro das unidades de urgência e emergência.

Recursos materiais insuficientes também dificultam a prestação de serviços de saúde na sua totalidade, refere Santos R. L. (2019), gerando um cuidado limitado, e fator passível de iatrogenias. Este aspeto contribui para o descontentamento dos profissionais que são claramente transpostos para os usuários dos cuidados de saúde, uma vez que contribui para a instalação de inseguranças.

O desgaste físico, a baixa remuneração, o desprestígio social como fatores associados à condições de trabalho, refletem negativamente a qualidade da assistência prestada em serviços de urgência e emergência (Perboni, Silva, & Oliveira, 2019). Santos R. L. (2019) refere no seu artigo que após a sua análise criteriosa, todos os artigos por ela pesquisados, mencionavam que para além do ambiente naturalmente tenso nos serviços de urgência e emergência, somam-se as longas horas de trabalho, contribuindo para um enorme desgaste físico, mental e emocional, culminando numa assistência fragilizada. Refere ainda que se torna difícil humanizar quando o próprio profissional não é tratado ele de forma humanizada. Os profissionais de saúde devem ser reconhecidos por meio de incentivos, com uma boa estruturação hospitalar, bem como uma adequada porporção enfermeiro-doente de modo a garantir uma assistência

de enfermagem humanizada (Rôlo, Santos, Duarte, Pires, & Castro, 2019).

Outro dos fatores apontados na diferente literatura é referente ao elevado nível tecnológico presente neste serviços, que levam a um descorar perante a pessoa doente. Muitas vezes devido à sobrecarga de trabalho, os profissionais de saúde prestam uma assistência mecanizada e tecnicista, o que incrementa mais neste processo a evolução tecnológica. O olhar apenas para os dados analíticos e menos para a pessoa doente faz com que a prestação de cuidados de torne cada vez menos humanizada e menos voltada para as necessidades individuais da pessoa doente. Gallo & Mello (2009) consideram que o desenvolvimento tecnológico associado ao trabalho e às formas de organização institucional vem dificultando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas. Na maior parte das vezes, o processo de trabalho de uma equipa de saúde num serviço desta dimensão, tem como foco os procedimentos, deixando os aspetos humanos da pessoa doente e da sua família num plano secundário de atenção (Perboni, Silva, & Oliveira, 2019)

É necessário que os modelos biomédicos e tecnicizados de prestação de cuidados centrados na causa da hospitalização sejam substituídos por modelos que priorizam os próprios cuidados de saúde (Anguita, et al., 2019).

Santos, Silva, Pereira, Joaquim, & Goés (2018) citam alguns estudos onde profissionais referem dificuldade na implementação da humanização em diversos setores de assistência hospitalar, como o caso das urgências, estando estas dificuldades ligadas à sobrecarga de trabalho e alto uso de tecnologias.

Muito embora, todos os envolvidos na produção de cuidados de saúde sejam alvo da desumanização, os doentes são os que acabam por mais sofrer face a esta falta de implementação de políticas de humanização. As pessoas doentes estão fragilizadas, angustiadas, receosas e nervosas, levando-as a vivenciar estas dificuldades muito mais

intensamente, dificultando assim todo o processo de recuperação.

Perante o exposto, é fundamental a determinação de estratégias que possam ser implementadas desde cedo para que políticas de humanização sejam levadas a cabo e se traduzam em cuidados de saúde efetivos, de qualidade, e focados na pessoa doente como um ser que carece de atenção, apoio e acompanhamento permanente para uma transição no processo saúde-doença eficaz.

3. Estratégias para um Cuidado Humanizado no Serviço de Urgência e Emergência

De acordo com a pesquisa realizada e sua posterior seleção, foi possível identificar a referência a diversas estratégias de modo a contornar esta problemática. Nos artigos foi possível perceber a implementação de protocolos de humanização instituídos nas unidades hospitalares estudadas, bem como os seus mecanismos de atuação.

Para uma evolução nesta e em tantas áreas de pertinência é importante o estabelecimento de estratégias passíveis de ser colocadas em prática de forma tão eficiente e protocolada quanto possível.

Relativamente ao processo de humanizar, esta temática para que seja possível ganhar a dimensão necessária deveria começar desde cedo a ser abordada. No ensino, a problemática da humanização deveria ser introduzida o mais precocemente para que todos os profissionais na área da saúde pudessem estar mais sensibilizados para um cuidado de saúde de qualidade, assente na humanização de assistência.

Outro modo de atuação, relaciona-se com a importância que as instituições de saúde atribuem ao conceito de humanização em toda a sua multidimensionalidade e multidisciplinaridade. Várias pesquisas sugerem que a implementação de ações gerenciais junto das equipas de diferentes profissionais de saúde permitem fortalecer o compromisso de todos os envolvidos e efetivar a humanização de assistência com uma postura de aproximação e responsabilização, oferecendo compromisso

e confiança a profissionais e usuários dos cuidados de saúde (Santos R. L., 2019). A mesma autora perspectiva uma reestruturação nos serviços, que envolva melhoria das condições de trabalho, com contratação adequada de profissionais, valorização dos mesmos nas tomadas de decisão e reorganização de fluxos e processos de trabalho.

Outra estratégia a ser proposta institucionalmente está relacionada com os espaços físicos onde os serviços de urgência e emergência exercem a sua prática, sendo de forma característica ambientes frios, impessoais e sem condições. O ambiente envolvente, como já referido anteriormente, é apontado como fatores de insatisfação pelos usuários, ainda mais, sendo estes locais onde, infelizmente, as pessoas passam grande tempo em espera por cuidados de saúde.

Além disto, e de forma mais criteriosa e precoce possível, era necessária uma reflexão individual por parte dos profissionais acerca da sua prática diária, as suas competências e as suas limitações. O profissional de saúde, na imagem do enfermeiro, deve-se questionar se presta cuidados de qualidade ao doente e sua família, baseados em princípios éticos e morais relevantes, tais como o respeito, a confiança e a dignidade. Aliado a esta reflexão, torna-se importante a interligação entre competências técnicas e não técnicas (Anguita, et al., 2019).

Como competências não técnicas podemos referir o processo comunicativo e as relações interpessoais que se traduzem, quando de qualidade, em resultados efetivos em saúde. Sousa, Damasceno, Almeida, Magalhães, & Ferreira (2019) na sua revisão fazem referência a determinados estudo que evidenciam a comunicação entre a equipa multiprofissional e para com os doentes como fatores contribuintes para maiores níveis de satisfação. Neste campo, fazem ainda referência à necessidade de esclarecimentos e transmissão de informação traduzindo-se numa maior compreensão sobre os seus processos de cuidados, esclarecendo as suas dúvidas e necessidades.

Ainda relacionado com as competências não técnicas, Anguita, et al. (2019) sublinham a importância do processo de acolhimento e do estabelecimento inicial de relações positivas, a fim de se prestarem cuidados de saúde integrados ao doente e família, bem como uma avaliação e acompanhamento adequados. Este processo deveria ser iniciado logo no momento da triagem, perante uma abordagem clara, empática e acolhedora, através do qual fosse possível deixar as pessoas menos receosas, mais tranquilas e colaborantes na resolução dos problemas de saúde que as levaram ao serviço de urgência. Reforça-se a necessidade, por parte das instituições, da promoção de atividades educativas para os profissionais dos serviços de urgência e emergência, a fim de melhorar a sua capacidade para lidar com a realidade do seu local de trabalho, prestando cuidados de saúde melhores e mais humanizados (Anguita, et al., 2019).

CONCLUSÃO

A humanização na saúde, em especial nos serviços de urgência e emergência, apresentam-se como um grande desafio para a enfermagem, envolvendo permanente reflexão e construção, de modo a superarem-se problemas e desafios no quotidiano diário dos cuidados de saúde.

Na pesquisa efetuada foi possível identificar um conjunto de entraves à humanização, contribuindo para que este processo seja negligenciado, desde a sobrelotação, carga de trabalho excessiva, à responsabilidade abrupta imposta nos profissionais, o stress constante, a envolvimento face a diversos sentimentos de desalento, a falta de recursos humanos e materiais, a estrutura física inadequada, o reconhecimento profissional escasso, bem como as condições precárias a que são sujeitos. Contudo, a pessoa doente, a necessitar de cuidados de saúde urgentes, é aquela que mais sofre com uma prática desumanizada.

Destaca-se a importância de um cuidado humanizado transversal e global, que envolva os profissionais de saúde com condições de trabalho adequadas para que consigam

prestar cuidados de saúde humanizados. Neste sentido, a enfermagem tem um papel fundamental neste processo, uma vez que acompanha de perto os usuários dos cuidados de saúde, prestando-lhes cuidados diretos, mas também porque a enfermagem tem centrado muito da sua atenção na pesquisa de estratégias que possam melhorar a prática de um cuidado humanizado. É a enfermagem que tem resgatado na sua prática profissional a humanização como aspeto fundamental para que os cuidados de saúde se tornem melhores, com maior qualidade, e não apenas centrados no modelo biomédico da procura da causa do problema sem olhar para a pessoa doente na sua totalidade, como um ser humano com sentimentos e preocupações, e onde a dignidade tem de ser pilar de atuação.

Com a elaboração desta fundamentação, pude constatar que a prática da humanização ainda se encontra a longo alcance nos cuidados de saúde em Portugal. Em Portugal, ainda há escassas estratégias implementadas de forma a fazer face a esta problemática, uma vez que são poucos os estudos efetuados, bem como pela ausência de uma política de humanização mais atual à semelhança do que se faz em países como Espanha e Brasil. Pensar na humanização do cuidado deveria começar no ensino inicial da enfermagem, reforçando a sua necessidade de aprofundamento intelectual à posteriori pelas instituições hospitalares e não hospitalares, assente em aspetos não técnicos essenciais a uma prática de enfermagem de qualidade. Ainda mais acrescento a necessidade de reestruturação das instituições e dos mecanismos de gestão inerentes, para que seja possível trabalhar com mais recursos humanos e materiais, traduzindo-se numa maior segurança no trabalho praticado, bem como numa maior satisfação por parte dos profissionais e, conseqüentemente, nas pessoas que dos cuidados de saúde necessitam.

Para que ocorra humanização é necessário investimento na formação humana do profissional, reconhecer os seus limites, valorizar fatores que envolvam a sua dimensão

humana, incentivar a sua autonomia, justiça e dignidade.

Desta forma, é importante ressaltar que o profissional de saúde é elemento fundamental para o cuidado humanizado não somente pela competência técnica, mas pela vivência ética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anguita, M. V., Sanjuan-Quiles, Á., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela- Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya. (Out/Nov/Dez de 2019). Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(23), 59-68. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV19030>
2. Antunes, P., Garcia, N. F., Oliveira, L. J., Rodrigues, I. V., & Alves, G. R. (Abril de 2018). A Importância do Atendimento Humanizado nos Serviços de Urgência e Emergência: uma revisão da literatura. *Revista Científica FacMais*, XII(1), 13-29. Obtido de ISSN 2238-8427
3. Bush, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. *A Systematic Review. The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*(12), 461-474. doi:<https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
4. Gallo, A. M., & Mello, H. C. (2009). Atendimento Humanizado em Unidades de Urgência e Emergência. *Revista F@pciência*, 5(1), 1-11. doi:ISSN 1984-2333
5. Leite, T. E., Sousa, F. I., Pomte, V. A., Mariano, M. R., Barbosa, P. M., & Araújo, T. M. (Abr-Jun de 2018). Os Desafios da Humanização nas Unidades de Pronto Atendimento: a visão dos gestores. *Cienc Cuid Saude*, 1-9. doi:DOI: 10.4025 / ciencuidsaude.v17i2.41866
6. Montezeli, J. H., Meier, M. J., Peres, A. M., Venturi, K. H., & Wolff, L. D. (Abr/ Jun de 2009). Enfermagem de Emergência: Humanização do Atendimento Inicial ao Politraumatizado à Luz da Teoria de Imogene King. *Cogitare Enferm*(14 (2)), 384-387.
7. Ordem dos Enfermeiros. (2018).

FUNÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 29 de setembro de 2020

8. Perboni, J. A., Silva, R. C., & Oliveira, S. G. (Julho/Setembro de 2019). A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado. *Interações*, 20(3), 959-972. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>

9. Radaelli, C., Costa, A. E., & Pissaia, L. F. (2019). O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa. *Res., Soc. Dev.*(8(6):e37861057), 1-16. doi:<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i6.1057>

10. Ribeiro, C. A., Trovo, M. M., & Puggina, A. C. (Julho de 2017). Relatos de vida e fotografias de pacientes sedados em UTI: estratégia de humanização possível? *Enfermeria Global*, ISSN 1695-6141(47), 468-482. Obtido em 20 de setembro de 2020

11. Rôlo, B., Santos, B., Duarte, I., Pires, L., & Castro, C. (2019). Humanization of nursing care in the emergency service: a systematic review. *ANNALS OF MEDICINE*. doi:DOI: [10.1080/07853890.2018.1560164](https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560164)

12. Rother, E. T. (2007). Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2(20), 1-2.

13. Santos, B. M., Silva, R. M., Pereira, E. R., Joaquim, F. L., & Goés, T. R. (2018). A percepção dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado humanizado: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*(71), 2800-2807. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0845>

14. Santos, R. L. (2019). Cuidado Humanizado nos Serviços de Urgência/Emergência: revisão integrativa. *Revista Saúde. Com*(15(4)), 1619-1628. doi:DOI [10.22481/rsc.v15i4.4269](https://doi.org/10.22481/rsc.v15i4.4269)

15. Silva, I. B., Esteves, Y. A., & Castro, M. C. (2016). Humanização no Atendimento de Emergência Através da Classificação de Risco: Uma Revisão da Literatura. *REVISTA ELETRÔNICA ESTÁCIO SAÚDE*, 5(1), 157-172. doi:ISSN1983-1617

16. Silva, P. L., Paiva, L., Faria, V. B.,

Ohl, R. I., & Chavaglia, S. R. (2016). Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. *Rev Esc Enferm USP*.(50(3)), 427-432. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400008>

17. Silveira, E. S., & Contim, D. (Janeiro/Março de 2015). Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. *Revista de Pesquisa- Cuidado é Fundamental Online*(ISSN 2175-5361), 2113-2122. Obtido em 20 de setembro de 2020

18. Sousa, K. H., Damasceno, C. K., Almeida, C. A., Magalhães, J. M., & Ferreira, M. A. (2019). Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*(40:e20180263), 1-10. doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>

UTILIZAÇÃO DA NORMA DE TRANSIÇÃO DE CUIDADOS PARA A QUALIDADE DA PASSAGEM DE TURNO EM ENFERMAGEM



MARTA COSTA

Licenciada em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem em Médico-cirúrgica, Enfermeira Especialista no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

TÂNIA MENDES

Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, Enfermeira Especialista no Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

VERA AMORIM

Enfermeira na Unidade de Desabilitação do Algarve da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, ARS Algarve

RAUL CORDEIRO

Professor, PhD, Polytechnic Institute of Portalegre, Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS); VALORIZA – Research Center for Endogenous Resource Valorization, Portugal

ANTÓNIO CALHA

Professor, PhD, Polytechnic Institute of Portalegre, VALORIZA – Research Center for Endogenous Resource Valorization, Portugal

RESUMO

A transição de cuidados, ou passagem de turno (como comumente é conhecida) é uma prática do quotidiano de todos os enfermeiros em que cumprem o seu dever de assegurar a continuidade de cuidados. A qualidade da comunicação assume-se como um fator determinante na garantia da continuidade dos cuidados e a Direção-Geral de Saúde (DGS) apresentou a Norma 001/2017, onde emana as diretrizes para garantir uma comunicação eficaz na transição de cuidados. O objetivo deste artigo é obter fundamentação de suporte sobre uma passagem de turno de qualidade para que possamos refletir sobre a aplicação da norma de transição da DGS. Para tal, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Os principais resultados evidenciam a importância da transição de cuidados para a qualidade e segurança dos mesmos, reconhecendo esta comunicação como fundamental. Verificámos ainda os principais fatores que contribuem para uma passagem de turno de qualidade. Concluímos que é inegável a importância da qualidade na comunicação para a segurança do doente e recomenda a utilização de ferramentas padronizadas, como a ISBAR.

Palavras-chave: ISBAR; Transição de Cuidados; Passagem de Turno; Qualidade; Enfermagem

ABSTRACT

Abstract: The shift handoff on nursing is a daily practice of all care that fulfills its duty to ensure continuity of care. The quality of communication has assumed the determining role in ensuring care and Direção Geral Saúde (DGS) has presented a Standard 001/2017, where it emanates as guidelines for directing effective communication in the transition of care. The present article is based on support for a shift in quality for the work on the application of the transition rule of the DGS. For this, an integrative review of the literature was carried out. The results of the test show the importance of the transition to quality and safety of the same, recognizing this communication as fundamental. The quality factors to evaluate throughpass for quality. We concluded that the quality of communication for patient safety is undeniable and recommends the use of standardized tools, such as an ISBAR.

Keywords: ISBAR; Handover; Handoff; Quality; Nursing

Introdução

A transição de cuidados, ou passagem de turno (como comumente é conhecida) é uma prática do quotidiano de todos os enfermeiros (DGS, 2017). Ainda assim, trata-se de uma prática que assume diferentes configurações, sendo diferente a forma como se concretiza em cada serviço, instituição ou país. O Código Deontológico dos Ordem dos Enfermeiros salienta a importância dessa prática, no Artigo 104º alínea d) refere que os enfermeiros assumem o dever de “assegurar a continuidade de cuidados” (OE, 2015, p. 83) bem como no Artigo 109º alínea e), em que refere que o enfermeiro deve “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos” (OE, 2015, p. 86). Neste processo a qualidade da comunicação assume-se como um fator determinante na garantia da continuidade dos cuidados. O reconhecimento desse facto tem suscitado, nos últimos anos, uma acréscimo da preocupação de gestores, não só pela garantia da eficiência do tempo

despendido na transmissão da informação, mas também pela segurança do que é transmitido visto que leva à diminuição de eventos adversos (DGS, 2017).

Refletindo esta preocupação, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, define como objetivo estratégico o aumento da segurança da comunicação. Trata-se, na realidade, de uma preocupação que acompanha a evolução histórica dos princípios da enfermagem moderna, já Florence Nightingale demonstrava preocupação com a inexistência de informação sobre os doentes de quem as enfermeiras cuidavam: a sua evolução, observações importantes, descrições, estatísticas e resultados esperados (Bolander, 1998). Em 2017, a Direção-Geral de Saúde (DGS), apresenta a Norma 001/2017, onde emana as diretrizes para garantir uma comunicação eficaz na transição de cuidados, respeitando a técnica ISBAR (Identify, Situation, Background, Assesment e Recommendation).

Este assunto despertou-nos o interesse pela

temática e colocou-nos a refletir acerca de basearmos esta nossa prática na evidência que existe. O objetivo deste artigo é obter fundamentação de suporte sobre uma passagem de turno de qualidade para que possamos refletir sobre a aplicação da norma de transição da DGS (ISBAR).

Assim, procedemos a uma revisão integrativa da literatura.

Procedimentos metodológicos

A metodologia escolhida, Revisão Integrativa da Literatura, é descrita como “um método que proporciona a síntese de conhecimentos e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática” (Souza, Silva, & Carvalho, 2010, p. 1). As mesmas autoras referem que esta metodologia permite a inclusão de vários métodos, sendo por isso a mais ampla das abordagens metodológicas quanto às revisões, combina dados da literatura teórica e empírica e, como tal, permite a compreensão completa do problema através de um panorama consistente e clara (Whittemore & Knafl, 2005).

Esta metodologia apresenta seis fases: Elaboração da Pergunta Norteadora; Amostragem na literatura; Coleta de dados; Análises crítica dos estudos incluídos, Discussão dos Resultados e Apresentação da Revisão Integrativa (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

A questão da revisão foi “quais os fatores determinantes da qualidade do processo de passagem de turno em serviços de internamento no hospital em enfermagem?” Esta pergunta norteadora foi elaborada com metodologia PICO: participantes ou problema (enfermeiros); intervenção (passagem de turno); contexto (serviços de internamento no hospital); e outcomes (características de qualidade). O objetivo tal como já foi referido é obter fundamentação de suporte sobre uma passagem de turno de qualidade para que possamos refletir sobre a aplicação da norma de transição da DGS (ISBAR).

Para conseguirmos dar resposta a esta pergunta, iniciámos a coleta de dados através de uma pesquisa bibliográfica em

maio 2019 (e se prolongou até à conclusão deste artigo), uma vez que, tal como nos refere Souza, Silva, & Carvalho (2010), esta é uma das melhores formas permitindo-nos confrontar artigos e bibliografia, procurando fazer analogias. Atendendo o propósito deste artigo, pareceu-nos adequado conhecer o que dizem a bibliografia de referência, sobre a passagem de turno para confrontarmos com o que encontrámos nos artigos publicados.

Para o levantamento dos artigos, utilizámos a base de dados PubMed e EBSCOhost. Os descritores utilizados foram “patient handoff”, “quality” e “nursing” Estes foram organizados utilizando o operador booleano “AND”. Numa primeira pesquisa foram obtidos 434 artigos no total. Posteriormente, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: “full texto”, “humans” e limitação temporal “de junho 2009 a maio 2019” uma vez que pretendíamos identificar o estado da arte mais recente. Esta pesquisa nas bases de dados foi realizada em junho de 2019. Após estes critérios, obtiveram-se 47 artigos. Após análise do conteúdo do artigo, selecionámos 7 artigos tendo eliminado todos os artigos que tivessem uma abordagem de transmissão de cuidados entre profissionais que não fossem enfermeiros e que não fossem referentes a passagem de turno em ambiente hospitalar. Este processo de seleção encontra-se representado na Ilustração 1. Após a seleção dos artigos, estes foram sujeitos a uma avaliação crítica de acordo com o Manual de Joanna Briggs Institute (<https://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>). Para conhecermos a produção científica em Portugal e porque queríamos conhecer o estado da arte em Portugal onde a DGS publicou a norma que prevê a aplicação da ISBAR, fizemos a pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal [RCAAP], com os termos “Passagem de turno” e “Enfermagem” na “Descrição” em ambos e o operador booleano “E”, tendo surgido 30 documentos. Os critérios de inclusão foram a limitação temporal de 10 anos (a mesma que na pesquisa anterior) e teses de mestrado e doutoramento, bem como acesso aberto e

surgiram 14 documentos. Após análise do resumo dos mesmos, foram selecionados 4 por serem os que abordavam o tema de passagem de turno em enfermagem. Sendo a norma da DGS de 2017, quisemos realizar uma nova pesquisa no RCAAP para perceber que estudos existem acerca da ISBAR em

Portugal. Assim, na pesquisa com o termo "ISBAR" e "Enfermagem" na Descrição com operador booleano "E", obtiveram-se 3 documentos, sendo 2 repetidos na pesquisa anterior. Assim, a Ilustração 1 apresenta um resumo dos resultados da pesquisa na RCAAP.

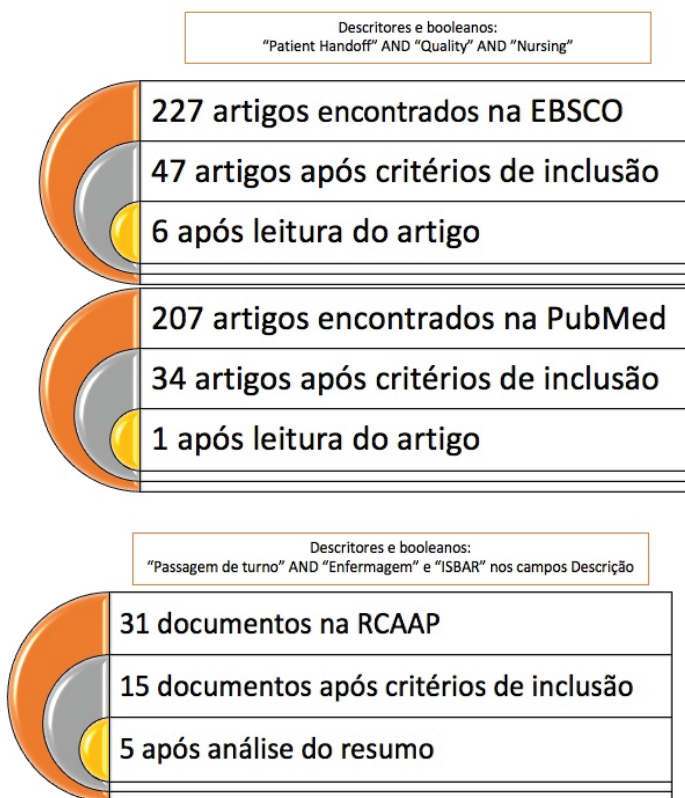


Ilustração 1 - Resumo da extração de artigos e teses

Resultados e Interpretação

Para a apresentação dos resultados, foi elaborada a Tabela 1 que apresenta um resumo dos dados extraídos dos artigos encontrados.

Identificação: Referência	Resumo
<p>1: Kear, T. (2016). Patient Handoffs: What They Are and How They Contribute to Patient Safety. <i>Nephrology Nursing Journal</i>, 43, 339-343</p>	<p>Objetivo: Descrever o que são passagens de turno, qual a relação entre passagens de turno e segurança do doente e quais as melhores práticas nas passagens de turno</p> <p>Metodologia: Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>População e Amostra: Não aplicável</p> <p>Intervenções ou fenómeno de interesse: definições aceites, melhores práticas e relação entre passagens de turno e segurança do doente</p> <p>Resultados: apresenta definição de passagem de turno da Joint Commission Center, estabelece a relação entre segurança do doente e a passagem de turno através da importância de uma comunicação eficaz. Por fim, apresenta como melhores práticas em serviços de trabalho contínuo as realizadas cara a cara, com utilização de recurso escrito e transmissão oral, leve o tempo necessário e comunicação de duas vias, incluindo 4 aspectos (emissor, mensagem, receptor e feedback). As ferramentas e as mnemónicas (SBAR, I PASS the BATON e 5Ps) ajudam a um processo sistematizado.</p> <p>Conclusões: Uma passagem de turno incompleta ou imprecisa pode originar em maus resultados. A comunicação é o ponto de partida para a segurança e o sucesso.</p>
<p>2: Tobiano, G., Whitty, J., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>, 14, 343-349</p>	<p>Objetivo: explorar e compreender as barreiras sentidas pelos enfermeiros à passagem de turno junto à cama do doente</p> <p>Metodologia: Estudo transversal através de questionário com uma pergunta aberta</p> <p>População e Amostra: 176 enfermeiros em serviços de medicina de 2 hospitais (um privado e um público) na Austrália</p> <p>Intervenções ou fenómeno de interesse: barreiras à passagem de turno junto à cama</p> <p>Resultados: 3 categorias identificadas. Primeira: mensagem censurada por causa dos doentes e terceiros à escuta; Segunda: fluxo de conversa interrompida; e Terceira: características individuais dos doentes e dos enfermeiros.</p> <p>Conclusões: para transmissão junto à cama devem ser esclarecidos os equívocos dos enfermeiros, através de abordagens educativas ativas e aumentando a confiança para transmitir informação mais sensíveis.</p>
<p>3: Abraham, J., Kannampallil, T., Brenner, C., Lopez, K., & Almoosa, K. (2016). Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis Approach. <i>Journal of Biomedical Informatics</i>, 59, 76-88</p>	<p>Objetivo: caracterizar a estrutura e conteúdo das passagens de turno</p> <p>Metodologia: estudo quali-quantitativo através de análise de gravações áudio</p> <p>População e Amostra: 16 enfermeiras de uma Unidade de Cuidados Intensivos Médicos</p> <p>Intervenções ou fenómeno de interesse: características da passagem de turno</p> <p>Resultados: durante as passagens de turno analisadas, verificou-se uma interatividade significativa, com monólogos limitados. Existiram duas fases distintas: primeira, a apresentação da informação (clínica sobre o doente e medicação) e a segunda, uma revisão interativa (aspectos psicossociais e contextuais da família e doente e aspectos não relacionados com a condição do doente). Diferentes estilos de comunicação foram usados, mas sem influência. A utilização de ferramentas permite mais rapidamente ter uma perspetiva holística do paciente, contribuindo para uma comunicação completa.</p> <p>Conclusões: Passagem de turno efetivas permitem garantir a qualidade e segurança dos cuidados, tendo sido identificados várias nuances com impacto da passagem de turno.</p>
<p>4: Johnson, C., Carta, T., & Thronson, K. (2015). Communicate With Me: Information Exchanges between Nurses. <i>Canadian Nurse</i>, 113(2), 24-27</p>	<p>Objetivo: compreender os problemas de transmissão de informação entre enfermeiros.</p> <p>Metodologia: estudo qualitativo através de entrevistas</p> <p>População e Amostra: 39 enfermeiros de quatro unidades</p> <p>Intervenções ou fenómeno de interesse: saber se os enfermeiros tinham toda a informação necessária que precisavam para cuidar e que informação estaria em falta</p> <p>Resultados: foram organizados em quatro temas. Documento inconsistente, Sem plano de cuidados, Padrões Variáveis de comunicação e Consistência sobre o doente.</p> <p>Conclusões: recomendação de utilização de um modelo como a SBAR</p>

5: Ferrara, P., Terzoni, S., Davi, S., Bisesti, A., & Bestrebecq, A. (2017). A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. <i>British Journal of Nursing</i> , 26 nr 15, 882-888	Objetivo: validação da escala Handoff CEX para a população italiana.
	Metodologia: tradução e validação da consistência através da consistência interna
	População e Amostra: Não aplicável
	Intervenções ou fenômeno de interesse: validação da escala
	Resultados: Os índices de qualidade mais baixos obtidos foram no contexto, comunicação e organização, tendo as passagens de turno da noite para manhã obtido os valores mais baixos. Alfa-Cronbach de 0.79.
Conclusões: a Escala de Handoff CEX foi validada e pode ser usada para estudar a qualidade das passagens de turno em enfermagem na população italiana	
6: Wong, M., Yee, K., & Turner, P. (2017). Exploring Socio-Technical Insights for Safe Nursing Handover. IOS Press, 43-48	Objetivo: examinar as passagens de turno em três serviços: medicina, cirurgia e emergência médica
	Metodologia: qualitativa, através de observações e entrevistas semi-estruturadas
	População e Amostra: 58 enfermeiros de um hospital-escola (22 serviço médico, 12 serviço cirúrgico e 24 emergência médica)
	Intervenções ou fenômeno de interesse: identificação de aspectos sociotécnicos para a segurança da passagem de turno em enfermagem
	Resultados: A prática da passagem de turno deve estar relacionada com os atuais requisitos para a prática de enfermagem para a enfermagem em causa por que este é o momento em que os enfermeiros planeiam o seu turno. A sobreposição de turnos deve permitir que os enfermeiros transfiram claramente a responsabilidade de um profissional para outro. As ferramentas de informação utilizadas para apoiar a transferência de enfermagem devem garantir a transferência precisa e atual de informações e devem ser arquivadas. As questões organizacionais que afetam os cuidados de enfermagem dos doentes devem ser formalmente transferidas de um turno para outro. E, por último, a informação do doente deve ser padronizada e objetiva.
Conclusões: A análise deste artigo apresenta 5 apresentam cinco pontos-chave sociotécnicos de suporte à passagem de turno.	
7: Smeulers, M., & Vermeulen, H. (12 de setembro de 2016). Best of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. <i>Internacional Journal for Quality in Health Care</i> , 28 (6), 749-757	Objetivo: determinar as recomendações padronizadas de passagem de turno em enfermagem
	Metodologia: RAND-modified Delphi Consensus (revisão sistemática com questionários)
	População e Amostra: Centro médico na Holanda (20 enfermeiros de vários serviços)
	Intervenções ou fenômeno de interesse: combinar a evidência com o contexto local para melhorar a folha de passagem de turno
	Resultados: foram apresentadas as conclusões da revisão sistemática organizadas em 4 temas (como, o quê, onde e pré-condições). Após analisados pelos enfermeiros, estes rejeitaram apenas duas das doze recomendações.
Conclusões: Para uma comunicação eficaz durante o complexo processo de passagem de turno, é importante determinar um processo padronizado adaptado ao local.	

Tabela 1 - Resultados da Pesquisa nas Bases de dados

De seguida, tal como para os artigos, procedemos à extração dos dados a apresentámos os mesmos organizados na Tabela 2.

Identificação: Referência	Resumo
1: Sousa, A. (2013). Segurança do Paciente: Contributo da Comunicação na Passagem de Turno para a Qualidade dos Cuidados. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.	Objetivo: descrever as competências comunicacionais do enfermeiro na passagem de turno
	Metodologia: descritivo, transversal e quantitativo (Mestrado)
	População e Amostra: Enfermeiros do Departamento de Medicina de um Hospital Central de Lisboa (62 em 137 enfermeiros)
	Intervenções ou fenómeno de interesse: identificar as competências comunicacionais que contribuem para a qualidade da passagem de turno
	Resultados: a passagem de turno deve ser realizada cara a cara, em local próprio, com comunicação em ambos os sentidos, através de uma forma verbal e escrita, permitindo-lhe o tempo que for necessário para clarificar a informação. A duração média é de 30 a 45 minutos. Os erros mais frequentes identificados foram: lapso/esquecimento, falta de objetividade, ausência de informação, omissão de informação, discrepância na informação, e, por último, ruídos exteriores e distrações entre colegas. As barreiras identificadas foram os ruídos na passagem de turno, a duração da mesma, a quantidade de informação, a falta de pontualidade, incapacidade para receber todos os assuntos de todos os doentes e, por último, as interrupções e o horário da passagem de turno. As principais melhorias foram a diminuição das interrupções e passar a informação importante reduzindo assuntos não pertinentes.
Conclusões: A qualidade em saúde é inerente à qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais de saúde. O enfermeiro possui um papel ativo com iniciativa e atitude positiva, com um discurso claro e direto.	
2: Trançada, M. (2013). A comunicação durante a transição das equipas de Enfermagem. Lisboa: ISCTE.	Objetivo: analisar e caracterizar as atuais práticas de passagem de turno de enfermagem, numa enfermaria cirúrgica, de um Hospital português
	Metodologia: prospectivo, através de inquérito e análise de filmagens (Mestrado)
	População e Amostra: Enfermeiros de uma enfermaria cirúrgica (33 enfermeiros)
	Intervenções ou fenómeno de interesse: conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as práticas de passagem de turno, identificar os fatores condicionantes bem como descrever a informação transmitida
	Resultados: a perceção dos enfermeiros não corresponde aos factos observados relativamente à estruturação da informação, à existência de pressões em termos temporais e à ocorrência de transmissão de informações irrelevantes para o cuidado dos utentes. Constatou-se que a passagem de turno apresenta características que a tornam eficiente, pelo uso de comunicação presencial, utilização da comunicação verbal e escrita como métodos de transmissão de informação, existência de ambiente propício à colocação de questões para clarificar a informação e utilização de técnicas de confirmação/esclarecimento da informação
Conclusões: É necessário dirigir atenção ao processo da passagem de turno, focando os pontos que podem ser alvo de melhorias.	
3: Gonçalves, J. (2018). ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno. Évora: Universidade de Évora.	Objetivo: avaliar a perceção dos enfermeiros, relativamente ao processo de comunicação na transição de cuidados durante a passagem de turno
	Metodologia: Metodologia de Trabalho de Projecto (Mestrado)
	População e Amostra: enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intermédios
	Intervenções ou fenómeno de interesse: os erros relacionados com a comunicação nos momentos de transição de cuidados durante a passagem de turno colocam em causa a segurança do doente
	Resultados: Com o intuito de padronizar e melhorar a comunicação na transição de cuidados durante a passagem de turno, foi elaborada norma hospitalar.
Conclusões: Recorrendo a métodos padronizados de comunicação podemos melhorar esse processo de transferência de informação.	
4: Leite, L. (2018). Segurança do doente crítico: Transição de	Objetivo: introduzir uma abordagem semiestruturada nos momentos de passagem de turno numa Unidade de Cuidados Intensivos
	Metodologia: Metodologia de Trabalho de Projeto (Mestrado)

Cuidados, na passagem de turno de enfermagem. Évora: Universidade de Évora.	População e Amostra: Enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos
	Intervenções ou fenómeno de interesse: avaliar a conformidade do uso dos métodos padronizados, através da observação, e a perceção da equipa da Enfermagem sobre os ganhos decorrentes desta abordagem
	Resultados: A taxa de conformidade dos itens referentes à mnemónica ISBAR transmitidos durante a passagem de turno de Enfermagem é de 89,5%. Apresenta a adesão à transmissão de elementos obrigatórios e facultativos.
	Conclusões: verifica-se uma efetiva transmissão de conteúdos incluídos em cada um dos itens da mnemónica
5: Saias, H. (2019). Transição Segura de Cuidados ao Doente Crítico. Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.	Objetivo: implementar a metodologia ISBAR nos momentos de transição de cuidados do doente crítico
	Metodologia: Metodologia de Trabalho de Projecto (Mestrado)
	População e Amostra: Enfermeiros de uma UCICOR
	Intervenções ou fenómeno de interesse: a transição de cuidados do doente crítico assume um papel importante na melhoria da segurança do doente, assim como um elemento importante na continuidade dos cuidados, evitando possíveis eventos adversos e visando uma transição segura de cuidados do doente crítico
	Resultados: Foi construído um instrumento padronizado, seguindo toda a metodologia ISBAR. Após um momento formativo, implementou-se instrumento padronizado através da sessão formativa e com a metodologia ISBAR aplicada no instrumento. A passagem de turno tornou-se mais organizada e sistematizada a passagem de informação nos momentos de transição de cuidados.
Conclusões: Considera-se que a metodologia ISBAR contribuirá para uma resposta mais atempada em situações emergentes na UCICOR, assim como ajudará na redução de eventos adversos, aumentando a segurança do doente e melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao mesmo.	

Tabela 2 - Resultados da Pesquisa na RCAAP

Confrontando com a nossa pesquisa, com o encontrado na bibliografia, verificamos a existência de algum consenso em torno dos aspetos críticos que determinam a qualidade da informação transmitida durante a passagem de turno.

Na formação profissional dos enfermeiros constatamos que desde cedo existe a preocupação com a transição dos cuidados e com os seus registos assumindo estes várias formas: manuscrito, gravados, ditados, sistemas automáticos de informação (Bolander, 1998). Para além deste registo, é indiscutível a importância do relatório oral, nomeadamente no relatório de passagem de turno, onde "as enfermeiras resumem toda a informação que consideram necessária para que aquelas que as substituem possam assumir, com segurança, a responsabilidade de dar continuidade aos cuidados" (Bolander, 1998, p. 614). Como verificámos na nossa pesquisa, uma passagem de turno incompleta ou imprecisa pode originar em maus resultados, sendo reconhecido que

a comunicação é o ponto de partida para a segurança e o sucesso (Kear, 2016), uma vez que é através desta que os enfermeiros fazem o seu planeamento do turno (Wong, Yee, & Turner, 2017).

O relatório de passagem de turno pode ser realizado ao vivo ou por gravação, no entanto, existem características que não devem descuradas como: comunicar o mais rapidamente possível; ser clara, concisa e precisa; descrever factos, avaliações e observações; omitir dados de rotina que sejam de fácil obtenção; realçar alterações significativas recentes; evitar juízos de valor; fornecer informação pertinente para os cuidados; analisar pessoa/família de forma profissional; a informação deve apenas ser ouvida pela equipa de saúde; ter uma ordem pré-definida de doentes e segui-la; referir nome, quarto e cama do doente, bem como o diagnóstico e motivo de admissão; e, por fim, referir os exames, tratamentos e resultados das últimas 24h. No final, a enfermeira deve ficar disponível para esclarecer dúvidas

(Bolander, 1998).

Na nossa pesquisa, encontramos a validação de uma escala de avaliação da qualidade da passagem de turno (Handoff CEX tool), o que nos permite inferir que uma passagem de turno de qualidade deve respeitar um Cenário (silencioso, sem interrupções), Organização (padronizado e conciso), Capacidades de comunicação (cara a cara, confirmação do entendimento da mensagem, perguntas lícitas, atribuição de tarefas), Conteúdo (inclui a informação essencial da condição clínica e o plano do que fazer), Juízo clínico (identificação dos doentes potencialmente mais graves e plano de ação) e Qualidades Humanísticas/profissionalismo (focado na tarefa com comentários apropriados) (Ferrara, Terzoni, Davi, Bisesti, & Bestrebecq, 2017).

Quanto ao local onde realizar a passagem de turno, verificamos que a bibliografia de referência não descreve onde deve ser feito, mas considera que deve ser num local onde apenas a equipa possa ouvir. Este é um aspeto controverso e na evidência encontrada, não é clara a posição, uma vez que existem autores que defendem que esta deve ser realizada junto à cama do doente e até mesmo com participação do mesmo (Tobiano, Whitty, Bucknall, & Chaboyer, 2017). No seu estudo, verificaram que existe alguma resistência à passagem de turno junto da cama por parte dos enfermeiros uma vez que estes consideram que a mensagem é censurada, existe quebra no fluxo da passagem e seja alterada por aspetos inibitórios. Estes autores esclarecem por isso que deve existir uma formação para que os equívocos dos enfermeiros sejam esclarecidos e para que exista confiança na transmissão de assuntos mais sensíveis junto dos doentes. Já Smeulers & Vermeulen (2016), no seu estudo, verificaram que esta deve decorrer num local calmo, sem interrupções e respeitando a privacidade e que existem vantagens em doentes de elevado risco de a realizarem junto à cama, deixando esta opção critério dos serviços. Sousa (2013) e Tranquada (2013) recomendam que esta decorra num local próprio. Em bom rigor, e no respeito

ao Regulamento Europeu de Protecção de Dados, esta deve ser uma decisão a ser tomada de acordo com a realidade de cada serviço, uma vez que em muitos serviços, coexiste mais do que um doente no mesmo quarto e, como tal, a privacidade não é garantida, devido à impossibilidade de insonorização.

Em termos de características, verificamos que a passagem de turno deve ser realizada cara a cara, com utilização de recurso escrito e transmissão oral, no tempo necessário e comunicação em dois sentidos para permitir clarificar a mensagem (Sousa, 2013; Tranquada, 2013; Kear, 2016). Embora sendo reconhecido como sendo principalmente unidirecional, verifica-se vantagens na interatividade (Abraham, Kannampallil, Brenner, Lopez, & Almoosa, 2016). É ainda referido pelos mesmos autores que reduzir o tempo (ou aumentar o conteúdo) prejudica o entendimento da mensagem.

As barreiras identificadas foram os ruídos na passagem de turno, a duração da mesma, a quantidade de informação, a falta de pontualidade, incapacidade para receber todos os assuntos de todos os doentes e, por último, as interrupções e o horário da passagem de turno (Sousa, 2013; Johnson, Carta, & Thronson, 2015).

Para a comunicação ser eficaz, o profissional deve saber quando falar, o que dizer e como dizer e estas competências devem ser apreendidas e praticadas. A utilização de ferramentas promove a uniformização (DGS, 2017).

Os erros mais frequentes na passagem de turno são o lapso/esquecimento, falta de objetividade, ausência de informação, omissão de informação, discrepância na informação, e, por último, ruídos exteriores e distrações entre colegas (Sousa, 2013; DGS, 2017). Os problemas das passagens de turno é a falta de linhas orientadoras claras e concisas (Tranquada, 2013).

Por fim, verificamos que a utilização de mnemónicas promove a qualidade e, conseqüentemente, a segurança do doente. Nos artigos encontramos referência às seguintes mnemónicas: NURSEPASS

(Smeulers & Vermeulen, 2016); I PASS the BATON; 5 Ps (Kear, 2016), SBAR (Johnson, Carta, & Thronson, 2015) (Kear, 2016).

Já nas 5 teses encontradas em Portugal, em três, é referido ISBAR (Leite, 2018) (Gonçalves, 2018) (Saias, 2019). A ISBAR corresponde a uma modificação da SBAR, e são projetos de intervenção onde se pretende a aplicação da norma da DGS, o que revela que as instituições reconhecem mais-valia à sua utilização e pretendem dar cumprimento à mesma. Analisando o que deve ser transmitido em termos de conteúdo segundo Bolander (1998) verificamos que estas mnemónicas apresentam tudo o que esta autora prevê e que se encontra supracitado no início da nossa discussão.

A DGS (2017) recomenda que a transmissão de informação, quando ocorre de forma oral, deve ser efetuada sem interrupções e respeitando a mnemónica ISBAR (Identificação, Situação atual, Background, ou seja, antecedentes, Avaliação e Recomendações) apresentada na Tabela 3. A implementação desta norma visa cumprir o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 onde é reconhecido que a qualidade na transição dos cuidados é fulcral para a segurança, uma vez que promove a diminuição de eventos adversos e consequente mortalidade. A evidência indica de 70% dos eventos ocorrem devido a erros de comunicação.

⁽¹⁾ Segundo Smeulers & Vermeulen, 2016, NURSEPASS corresponde a N (identificação), U (quem cuida), R (motivo de admissão); S (situação); E (avaliação dos sinais vitais); P (plano de atuação); A (tarefas); S (sumário e verificação) e S (segurança).

⁽²⁾ Segundo Kear (2016), a I PASS the BATON corresponde a I (introdução); P (doente); A (avaliação); S (situação); S (preocupações de segurança); B (histórico); A (ações); T (tempo); O (quem cuida) e N (o que vem a seguir). 5 Ps pode ter duas traduções. Opção 1 (doente, plano, propósito, problema e precauções) ou Opção 2 (doente, precauções, plano, problemas e propósito). A SBAR corresponde a S (situação); B (histórico); A (avaliação) e R (recomendações).

Mnemónica ISBAR	
<p>I</p> <p>Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;</p> <p>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;</p> <p>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;</p> <p>d) Serviço de origem/destinatário;</p> <p>e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p>S</p> <p>Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão;</p> <p>b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;</p> <p>c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p>B</p> <p>Antecedentes/ Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos;</p> <p>b) Níveis de dependência;</p> <p>c) Diretivas antecipadas de vontade;</p> <p>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;</p> <p>e) Hábitos relevantes;</p> <p>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;</p> <p>g) Técnicas invasivas realizadas;</p> <p>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</p> <p>i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p>A</p> <p>Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos;</p> <p>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</p> <p>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</p> <p>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p>R</p> <p>Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</p> <p>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</p> <p>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

Tabela 3 - Modelo explicativo da técnica ISBAR (Fonte: DGS, 2017)

A uniformização da comunicação através da ISBAR irá seguramente organizar e padronizar a forma como transmitidos, o que trará seguramente mais valias.

Conclusão

Ao longo deste artigo, procurámos refletir sobre uma temática que é próxima de todos os profissionais de saúde visto que a necessidade de transição de cuidados afeta-nos a todos. Conhecer o que nos diz a bibliografia em enfermagem, confrontando com a evidência permite conhecer e perceber em que sentido evoluímos. A nossa pesquisa permitiu-nos perceber que, embora exista alguma produção científica, ainda peca por escassa em termos de força de evidência, e, principalmente em Portugal.

A evidência confirma a importância inegável da qualidade da comunicação para a segurança do doente e recomenda a utilização de ferramentas padronizadas, como a ISBAR.

Verificámos assim que a norma da DGS tem uma importância primordial nas instituições de saúde, de uma aplicabilidade inegável e deve ser amplamente divulgada para a seja implementada em todos os serviços.

Com o nosso artigo, esperamos contribuir para que a prática de enfermagem no âmbito da comunicação melhore.

Bibliografia

- Abraham, J., Kannampallil, T., Brenner, C., Lopez, K., & Almoosa, K. (2016). Characterizing the structure and content of nurse handoffs: A Sequential Conversational Analysis Approach. *Journal of Biomedical Informatics*, 59, 76-88.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto de translação da ciência. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- DGS. (2017). Norma nº001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: DGS.
- Ferrara, P., Terzoni, S., Davi, S., Bisesti, A., & Bestrebecq, A. (2017). A tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *British Journal of Nursing*, 26 nr 15, 882-888.
- Gonçalves, J. (2018). *ISBAR: Uma comunicação efetiva na transição de cuidados durante a passagem de turno*. Évora: Universidade de Évora.
- Johnson, C., Carta, T., & Thronson, K. (2015). Communicate With Me: Information Exchanges between Nurses. *Canadian Nurse*, III nr2, 24-27.
- Kear, T. (2016). Patient Handoffs: What They Are and How They Contribute to Patient Safety. *Nephrology Nursing Journal*, 43, 339-343.
- Leite, L. (2018). *Segurança do doente crítico: Transição de Cuidados, na passagem de turno de enfermagem*. Évora: Universidade de Évora.
- OE. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Saias, H. (2019). *Transição Segura de Cuidados ao Doente Crítico*. Setúbal: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Smeulers, M., & Vermeulen, H. (12 de setembro de 2016). Best of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *International Journal for Quality in Health Care*, 28 (6), 749-757.
- Sousa, A. (2013). *Segurança do Paciente: Contributo da Comunicação na Passagem de Turno para a Qualidade dos Cuidados*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *einstein*, 8 (1 Pt 1), pp. 102-106.
- Tobiano, G., Whitty, J., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2017). Nurses' Perceived Barriers to Bedside Handover and Their Implication for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14, 343-349.
- Tranquada, M. (2013). *A comunicação durante a transição das equipas de Enfermagem*. Lisboa: ISCTE.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (02 de Novembro de 2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Of Advanced Nurse*, 52, pp. 546-553.
- Wong, M., Yee, K., & Turner, P. (2017). *Exploring Socio-Technical Insights for Safe Nursing Handover*. IOS Press, 43-48.

RACIOCÍNIO CLÍNICO COMO FERRAMENTA FUNDAMENTAL NO PROCESSO DE ENFERMAGEM: APLICAÇÃO A UM SERVIÇO DE URGÊNCIA



PAULA CRISTINA SANTOS ROCHA
Professora assistente ESEL

INÊS HONORET VIRTUDES SILVA
Aluna do curso de licenciatura em enfermagem ESEL

INÊS MARQUES ALVES
Aluna do curso de licenciatura em enfermagem ESEL

SAMUEL MARTINS BORGES
Aluno do curso de licenciatura em enfermagem ESEL

RESUMO

Ao elaborar o presente trabalho pretende-se atingir três objetivos, sendo eles: - compreender a importância do raciocínio clínico no processo de enfermagem, direcionado a um serviço de urgência; - aprofundar conhecimentos teóricos sobre o raciocínio clínico e conceitos associados, nomeadamente pensamento crítico e julgamento clínico; - contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, em contexto de emergência/urgência.

A metodologia para a realização desta revisão narrativa da literatura baseou-se no referencial teórico de Crorin, Ryan e Coughlan (2008). Após definição dos termos de pesquisa adequados à temática em estudo, a pesquisa foi realizada com base no referencial PCC. Recorreu-se à plataforma EBSCO e foram selecionadas as bases de dados CINAHL® Complete e MEDLINE, usando-se ainda a PubMed e RCAAP.

O raciocínio clínico é um conceito facilmente confundido com outros que lhe são relacionados, nomeadamente o conceito de pensamento crítico, tornando-se importante clarificar estes e outros, através de um enquadramento concetual. Dadas as características particulares do serviço de emergência/urgência torna-se fundamental a utilização do raciocínio clínico de forma rápida e eficaz. Para isso, é importante que tanto os estudantes de enfermagem como os enfermeiros, desenvolvam habilidades de raciocínio clínico. Ao mesmo tempo, é necessário ter presentes quais as estratégias de raciocínio clínico mais eficazes, e os fatores que o influenciam, para um resultado mais positivo. Mediante a literatura analisada, a experiência na prática clínica mostra ser um fator preponderante na implementação eficaz do raciocínio clínico na prestação de cuidados. Compreende-se, também, ser fundamental iniciar o seu desenvolvimento ainda na formação inicial dos estudantes e, enquanto enfermeiros, ao longo da sua carreira profissional, de forma a garantirem a segurança e qualidade nos cuidados prestados e a atualização constante de conhecimentos específicos da disciplina.

Palavras-Chave: Raciocínio Clínico, Pensamento Crítico, Estudantes de Enfermagem, Enfermeiros, Serviço de Emergência/urgência.

ABSTRACT

In order to be able to accomplish this review there are three objectives to achieve: - understand the importance of clinical reasoning in the nursing process, focused on the emergency services; - deepen theoretical knowledge about clinical reasoning and associated concepts, such as critical thinking and clinical judgment; - contribute to the improvement of nursing care in an emergency/urgency context. The methodology for carrying out this narrative review of the literature was based on the theoretical framework of Crorin, Ryan and Coughlan (2008). After defining the appropriate search terms for the subject under study, the research was carried out based on the PCC framework. The EBSCO platform was used and the database CINAHL® Complete and MEDLINE were selected. PubMed and RCAAP were also used. Clinical reasoning is a concept that is easily confused with others related to it, namely the concept of critical thinking. Thus, it is important to clarify these concepts, and others, through a conceptual framework. Considering the emergency/urgency service particular characteristics, the quick and effective use of the clinical thinking process becomes essential. Thereunto, both nursing students and nurses must develop clinical reasoning skills. At the same time, they must bear in mind which strategies and criterion for clinical reasoning are most effective, as well as the factors that influence it, in order to apply it correctly. According to the analysis, the clinical experience is a dominant factor when it comes to the effectiveness of implementation of clinical reasoning in providing care. It is also understood, that it is essential to start this development even in the initial training of students and to keep developing, even as nurses, throughout their professional career, in order to guarantee safety and quality in the care provided and the constant updating of the subject's specific knowledge.

Keywords: Clinical Reasoning, Critical Thinking, Nursing Students, Nurses, Emergency/Urgency Department

INTRODUÇÃO

Enquanto estudantes de enfermagem, somos responsáveis pelo nosso próprio processo de aprendizagem, e autônomos na aquisição de conhecimentos, assumimos a importância da elaboração desta revisão. A mesma permitir-nos-á aprofundar a temática do raciocínio clínico, tendo sido esta competência considerada como lacuna na aprendizagem. Desta forma, ser-nos-á possível adquirir conhecimentos teóricos que irão sustentar a nossa prática de enfermagem, em particular no serviço de urgência, onde é necessária rapidez de pensamento e de ação. Após contacto e prestação de cuidados de enfermagem em contexto de emergência/urgência, os elementos do grupo consideraram pertinente abordar a temática do raciocínio clínico como competência imprescindível para a prestação de cuidados. Foram definidos três objetivos para a elaboração desta revisão: - compreender a importância do raciocínio clínico no processo de enfermagem, direcionado a um serviço de urgência; - aprofundar conhecimentos teóricos sobre o raciocínio clínico e conceitos associados, nomeadamente pensamento crítico e julgamento clínico; - contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, em contexto de emergência/urgência.

A implementação do raciocínio clínico na prática de cuidados permite a elaboração de diagnósticos de enfermagem mais precisos e possibilita tomadas de decisão mais eficazes, contribuindo para a qualidade dos cuidados e segurança do cliente. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento desta competência contribui para a autonomia e liderança na prática profissional de enfermagem (Menegon, Santos, Gonçalves, Kahl, Barreto & Gelbcke, 2019). O desenvolvimento do raciocínio clínico, permite aos enfermeiros enquadrarem-se no Perfil de Competências do Enfermeiro Generalista (Ordem dos Enfermeiros, 2015), já que a aplicação do raciocínio clínico para a realização de tomadas de decisão eficazes constitui um dos critérios de competência (B1 – Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados).

Para a compreensão do tema abordado, o trabalho encontra-se estruturado em metodologia para elaboração do trabalho e síntese dos artigos selecionados para análise; enquadramento concetual, que inclui definição de conceitos e explicitação dos seus elementos; estrutura concetual de raciocínio clínico, o seu processo, e estratégias e fatores que o influenciam; finalidade e importância do raciocínio clínico para a prática de enfermagem em contexto de emergência/urgência e estratégias promotoras do raciocínio clínico no ensino de enfermagem e conclusão.

METODOLOGIA

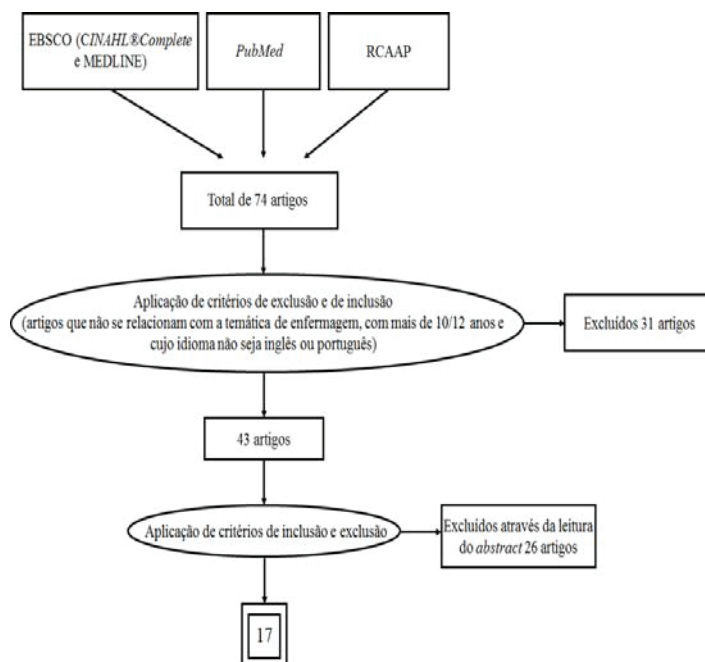
O percurso metodológico para a elaboração do presente trabalho decorreu segundo o referencial teórico de Crorin, Ryan e Coughlan (2008), que compreende 5 fases: 1) seleção do tópico a estudar – Raciocínio Clínico como ferramenta fundamental do processo de enfermagem e a sua aplicação num Serviço de Urgência; 2) pesquisa da literatura, recorrendo a termos de pesquisa; 3) leitura, análise e síntese da literatura; 4) redação da revisão e 5) referências bibliográficas. Para delinear os termos de pesquisa apropriados, utilizou-se o referencial PCC, sendo o P: População – estudante de enfermagem e enfermeiro; C – Conceito – raciocínio clínico, processo de enfermagem; C – Contexto – serviço de emergência/urgência.

Definiram-se como termos de pesquisa [(nurses) OR (nursing students)] AND [(clinical reasoning) OR (nursing process) OR (critical thinking) OR (clinical decision-making) OR (nursing care)] AND [(emergency services) OR (emergency department) OR (emergency nursing)]. Após definição dos termos acima referidos, recorreu-se à EBSCO, tendo sido selecionadas a CINAHL® Complete e a MEDLINE, como bases de dados para pesquisa. Simultaneamente, recorreu-se às bases de dados PubMed e RCAAP. Desta pesquisa obteve-se um total de 74 artigos. Posteriormente, foram aplicados como critérios de exclusão: artigos que não se relacionassem com a disciplina de enfermagem, artigos com mais de 12 anos

e cujo idioma não fosse inglês ou português e critérios de inclusão - artigos em que o raciocínio clínico seja o conceito central, que abordem o conceito de pensamento crítico e julgamento clínico; que se dirijam à temática do raciocínio clínico associado a estudantes de enfermagem e a enfermeiros; que relacionem o raciocínio clínico com contexto de emergência/urgência e as competências dos enfermeiros nesse contexto. Da aplicação destes critérios resultou um total de 17 artigos, para leitura e análise de forma integral. Foi utilizada a metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - PRISMA (Liberati, Altman, Tetzlaff, Mulrow, Gøtzsche, Ioannidis, Clarke, Devereaux, Kleijnen & Moher, 2009) - com o intuito de sistematizar o processo de seleção dos artigos e a aplicação de critérios de inclusão e exclusão (Figura 1).

do presente trabalho monográfico. Dessas fontes destacam-se os artigos referentes ao referencial teórico de Crorin, Ryan e Coughlan (2008) e à metodologia de seleção de artigos PRISMA (Liberati, Altman, Tetzlaff, Mulrow, Gøtzsche, Ioannidis, Clarke, Devereaux, Kleijnen & Moher, 2009), bem como o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Figura 1. Processo de seleção de artigos utilizando o *PRISMA*



Na segunda fase da pesquisa, recorreu-se às referências primárias dos 17 artigos, de forma a aprofundar as temáticas referidas por cada um. Deste processo, obteve-se um total de 13 artigos. Foram utilizadas outras fontes como forma de complemento à pesquisa em bases de dados e ao conteúdo

Tabela 1. Síntese dos artigos selecionados para análise

Artigo	Tipo de Artigo	Objetivo	Conteúdo
Araújo, M. A. N. (2016)	Tese de Doutorado. Estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal.	Compreender de que forma os enfermeiros integram e utilizam o conhecimento clínico e o raciocínio clínico na sua prática, com vista a identificar que repercussões tem na qualidade dos cuidados e segurança do cliente.	Identificação das principais barreiras/dificuldades ao desenvolvimento e utilização do raciocínio clínico. Formação contínua. O raciocínio clínico tem um impacto positivo na segurança do cliente, ao detetar precocemente o agravamento do seu estado clínico.
Brown Tyo, M. & McCurry, M. K. (2019)	Estudo exploratório	Explorar as estratégias de ensino utilizadas com mais frequência para promover o raciocínio clínico em estudantes de enfermagem. Identificar os resultados obtidos com a implementação das mesmas, para avaliar a sua eficácia.	Explora diversas estratégias de ensino que promovem o desenvolvimento do raciocínio clínico durante o ensino de enfermagem.
Carbogim, F. C., Oliveira, L. B. & Püschel, V. A. A. (2016)	Artigo Original	Analisar o conceito de pensamento crítico, sob a perspetiva evolucionista de Rodgers.	Definição do conceito de pensamento crítico à luz do Método de Rodgers. Identificação e descrição das 8 etapas do método. Aborda as habilidades do pensamento crítico fundamentais para atingir diagnósticos precisos.
Carvalho, E. C., Oliveira-Kumakura, A. R. S. & Morais, S. C. R. V. (2017)	Reflexão teórica com base em estudos científicos.	Expor o conceito de raciocínio clínico e o seu desenvolvimento. Identificar as estratégias para o ensino do raciocínio clínico e os instrumentos de avaliação para uma prática adequada.	Aborda o conceito de raciocínio clínico e os conceitos que lhe estão associados. Enumera as habilidades do pensamento crítico. Identifica diversas estratégias de ensino e de desenvolvimento do raciocínio clínico. Apresenta esquematicamente o processo de pensamento inerente ao raciocínio clínico.
Griffits, S., Hines, S., Moloney, C. & Ralph, N. (2017)	Revisão <i>Scoping</i>	Analisar as características e os processos do raciocínio clínico e identificar fatores relacionados com a utilização do raciocínio clínico	Definição de conceitos: raciocínio clínico, pensamento crítico e julgamento clínico. Enumeração de fatores que influenciam a utilização do raciocínio clínico.

Lambie, A., Schwend, K. & Scholl, A. (2015)	Revisão da Literatura	Descrever e debater sobre os benefícios da prática simulada na promoção do raciocínio clínico.	A prática simulada é uma estratégia de ensino que permite aos estudantes de enfermagem aplicarem na prática os seus conhecimentos teóricos e promove a participação ativa dos estudantes no seu processo de aprendizagem.
Lee, J. H., Lee, Y. J., Bae, J. & Seo, M. (2016)	Estudo qualitativo exploratório	Compreender como é que os enfermeiros utilizam as suas habilidades de raciocínio clínico. Identificar como decorre o processo de raciocínio clínico em situações clínicas complexas.	<p>Compara o conceito de raciocínio clínico com o conceito de pensamento crítico.</p> <p>Enumera as 17 habilidades do raciocínio clínico.</p> <p>Apresenta e descreve as etapas do processo de raciocínio clínico a par do processo de enfermagem.</p> <p>Necessidade de desenvolver estratégias de ensino para aprimorar a competência dos enfermeiros no planeamento de intervenções.</p>
Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y. S., Noble, D., Norton, C. A., Roche, J. & Hickey, N. (2010)	Revisão da Literatura	Fornecer uma visão geral de um modelo de raciocínio clínico e a literatura subjacente aos "cinco certos" do raciocínio clínico.	<p>Apresenta a natureza intercambiável de conceitos como raciocínio clínico, julgamento clínico, resolução de problemas, tomada de decisão e pensamento crítico.</p> <p>Descreve os "5 certos" que devem guiar o processo de raciocínio clínico.</p>
Mendonça, S., Basto, M. L. & Ramos, A. (2016)	Revisão sistemática da literatura	Determinar as estratégias de raciocínio clínico utilizadas por enfermeiros que prestam cuidados a clientes em situação crítica.	Identificação e explicitação de estratégias de raciocínio clínico (intuição, reconhecimento de situações semelhantes e o teste de hipóteses), assim como fatores que o influenciam (técnicas de ensino/aprendizagem, condições laborais e condições ambientais).
Menegon, F. H. A., Santos, J. L. G., Gonçalves, N., Kahl, C., Barreto, M. S. & Gelbcke, F. L. (2019)	Estudo qualitativo	Entender o desenvolvimento do raciocínio clínico dos enfermeiros, em contexto de emergência / urgência	<p>Descreve como se processa o desenvolvimento do enfermeiro num serviço de emergência/urgência, e a sua adaptação a este contexto.</p> <p>Aborda alguns fatores que contribuem para o desenvolvimento do raciocínio clínico.</p> <p>Relaciona a aplicação adequada do raciocínio clínico com o aumento da confiança entre os membros da equipa de saúde.</p>

Quaresma, A., Xavier, D.M. & Cezar-Vaz, M. R. (2019)	Estudo teórico-reflexivo	Abordar o raciocínio clínico dos enfermeiros e refletir sobre o mesmo, na perspectiva da Teoria do Processo Dual.	Apresentação da Teoria do Processo Dual, que estrutura o raciocínio clínico em dois sistemas. Relaciona o fator experiência com o tipo de raciocínio clínico (analítico ou não analítico) que deve ser aplicado.
Ramezani-Badr, F., Nasrabadi, A. N., Yekta, Z. P. & Taleghani, F. (2009)	Estudo Qualitativo	Explorar as estratégias de raciocínio e critérios de tomada de decisão de enfermeiros de cuidados críticos.	Aborda a importância de tomada de decisões eficazes para obter resultados positivos para os clientes. Apresenta como estratégias de raciocínio clínico: intuição, reconhecimento de situações semelhantes e teste de hipóteses. Critérios de tomada de decisão: risco-benefício para o cliente, necessidades organizacionais e informação em fontes complementares.
Schumaker, R. H. & Bergeron, K. (2016)		Apresentar uma ferramenta que possa ser usada como estrutura para operacionalizar o raciocínio clínico.	Apresenta uma ferramenta de ensino do raciocínio clínico - Modelo do Relógio - para estudantes de enfermagem a frequentarem contexto de emergência/urgência. Realça a perspectiva dual de tempo: urgência do tempo vs. necessidade de despende o tempo necessário com cada cliente.
Simmons, B. (2010)	Análise Conceitual	Relatar uma análise conceitual do raciocínio clínico em enfermagem.	Aplicação do Método Evolucionista de Rodgers, para análise do conceito de raciocínio clínico. Explicitação dos elementos do conceito de raciocínio clínico: antecedentes e consequências, atributos, termos substitutos e relacionados. Desenvolvimento de uma teoria descritiva de médio alcance, do raciocínio clínico em enfermagem, que auxilia a esclarecer o seu significado.
Walsh, S. A. (2010)	Tese de Doutorado	Analisar uma forma de ensino utilizando teorias de reconhecimento de padrões para desenvolver o pensamento crítico e melhorar a tomada de decisão clínica e julgamento clínico de estudantes de enfermagem.	Define o conceito de pensamento crítico. Apresenta uma estrutura conceitual de raciocínio clínico, relacionando diversos conceitos associados ao mesmo, permitindo uma maior compreensão dessas relações. Aborda ainda a Teoria do Processo Dual, em que o raciocínio pode ser utilizado de duas formas: raciocínio analítico e não-analítico. Relaciona o tipo de raciocínio clínico utilizado com a experiência em enfermagem.

Wyngaarden, A.v., Leech, R. & Coetzee, I. (2019)	Estudo multifásico. Este artigo reflete-se na fase 1, onde foi realizado um estudo qualitativo e descritivo.	Explorar os desafios que os professores enfrentam na utilização de estratégias de ensino / aprendizagem que promovem o desenvolvimento de habilidades de raciocínio clínico em estudantes de enfermagem.	Identifica e descreve os principais desafios com que os professores se deparam no ensino das habilidades do raciocínio clínico.
Zuriguél Pérez, E., Canut, M. T. L., Pegueroles, A. F., Llobet, M. P., Arroyo, C. M. & Merino, J. R. (2015)	Revisão <i>Scoping</i>	Analisar o conhecimento científico atual acerca do pensamento crítico em enfermagem.	Define o conceito de pensamento crítico e identifica conceitos relacionados. Identifica instrumentos padronizados para avaliação do pensamento crítico em estudantes de enfermagem e em enfermeiros. Enumera algumas estratégias para promover o pensamento crítico. Relaciona a necessidade de aprimorar as habilidades de pensamento crítico com a obtenção de resultados mais favoráveis para o cliente.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Para Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey (2010) e Simmons (2010), os conceitos raciocínio clínico, julgamento clínico, pensamento crítico, resolução de problemas e tomada de decisão são utilizados, com frequência, de forma intercambiável. De acordo com Griffiths, Hines, Moloney e Ralph (2017), os conceitos de raciocínio clínico, pensamento crítico e julgamento clínico têm características semelhantes, ainda que sejam constituídos por componentes que os diferenciam uns dos outros. O raciocínio clínico envolve o conhecimento e as experiências clínicas dos enfermeiros, enquanto que o pensamento crítico, implica o conhecimento por parte dos mesmos, não considerando, no entanto, o contexto do cliente (Lee, J., Lee, Y., Bae & Seo, 2016).

A definição e explicitação de alguns conceitos centrais na temática, nomeadamente os conceitos de pensamento crítico e julgamento clínico, torna-se fundamental para aprofundar o conhecimento acerca do conceito de raciocínio clínico. Para Walsh (2010) e Zuriguel Pérez, Canut, Pegueroles, Llobet, Arroyo e Merino (2015), o pensamento crítico é um processo cognitivo que inclui uma análise racional da informação para facilitar o raciocínio clínico, julgamento e tomada de decisão baseando-se no conhecimento e experiência, para suportar a identificação de problemas, através do reconhecimento de padrões.

Mediante a análise do conceito, através do Método de Rodgers, realizada por Carbogim, Oliveira e Püschel (2016), o pensamento crítico pode ser definido como “um pensamento de ordem superior, que envolve conhecimentos, experiências, disposições (atitudes ou hábitos de mente) e habilidades intelectuais.” (p.5). Estes autores afirmam ainda que “é importante considerar que o pensamento crítico é um processo dinâmico, contínuo e passível de ser aprendido pelo enfermeiro” (p.10). Surge associado a este conceito uma diversidade de outros, como raciocínio clínico e julgamento clínico. “O processo de enfermagem constitui um outro

conceito vinculado ao pensamento crítico, sendo este um processo cognitivo que envolve o uso de habilidades de pensamento crítico para obter os resultados desejados” (Zuriguel Pérez, Canut, Pegueroles, Llobet, Arroyo & Merino, 2015).

A aquisição de habilidades de pensamento crítico, ao contribuir para melhorar a capacidade de tomada de decisão, produz resultados mais favoráveis para o cliente (Zuriguel Pérez, Canut, Pegueroles, Llobet, Arroyo & Merino, 2015). Essas habilidades podem ser divididas em três categorias: habilidades cognitivas, habilidades comportamentais e hábitos mentais (Carvalho, Oliveira-Kumakura, & Morais, 2017).

Habilidades cognitivas: análise, aplicação de padrão, autor regulação, discernimento, procura de informações, explicação, inferência, interpretação, predição e transformação do conhecimento (Carvalho, Oliveira-Kumakura, & Morais, 2017).

Habilidades comportamentais: análise, autoconfiança, investigação, mente aberta e sistematização (Carvalho, Oliveira-Kumakura, & Morais, 2017).

Hábitos da mente: compreensão, confiança, criatividade, curiosidade, flexibilidade, integridade intelectual, intuição, perseverança, perspetiva intelectual e reflexão (Carvalho, Oliveira-Kumakura, & Morais, 2017; Simmons, 2010).

O julgamento clínico é descrito por Tanner (2006), como “uma interpretação ou conclusão acerca das preocupações ou necessidades de saúde de um paciente, ou decisão para a ação, utilizando ou modificando abordagens padrão já existentes ou improvisando novas, que sejam apropriadas, tendo em conta a resposta do cliente.” (Tanner, 2006, p.204). Para a mesma autora, o julgamento clínico é fundamental em situações clínicas complexas, ambíguas e que comportam conflitos de valores entre os indivíduos envolvidos na situação. Para que o enfermeiro consiga realizar julgamentos clínicos adequadamente, é importante que consiga reconhecer os aspetos importantes da situação clínica e consiga interpretar os

dados obtidos, e agir mediante os mesmos. Nielsen, Stragnell e Jester (2007), apresentam o Modelo de Julgamento Clínico de Tanner, que permite compreender as influências e os processos que resultam em julgamentos e ações de enfermagem. Este modelo descreve o julgamento clínico de enfermeiros, mas também fornece orientações para que os professores possam ajudar os estudantes a diagnosticar falhas, identificar áreas a melhorar e considerar as experiências de aprendizagem importantes para essa melhoria (Tanner, 2006). O processo inclui quatro etapas (Tanner, 2006):

Perceber (Noticing): Compreensão da situação apresentada;

Interpretar (Interpreting): Desenvolver uma compreensão adequada da situação, de modo a dar uma resposta apropriada;

Responder (Responding): Decidir sobre o curso da ação mais apropriado para a situação;

Refletir (Reflecting): Atender às respostas dos clientes à ação de enfermagem durante as intervenções.

Pela natureza intercambiável dos conceitos supracitados, surge a necessidade de definir e analisar o conceito de raciocínio clínico, de modo a compreender o seu significado. Tanner (2006) utiliza o conceito de raciocínio clínico para se referir ao “processo pelo qual os enfermeiros e outros clínicos fazem julgamentos, e inclui o processo deliberado de elaborar alternativas, ponderá-las baseando-se na evidência científica e escolher a mais apropriada tendo em conta a situação apresentada e o reconhecimento de padrões” (p. 204-205).

Para Menegon, Santos, Gonçalves, Kahl, Barreto e Gelbcke (2019) “o raciocínio clínico (...) pode ser definido como pensamento reflexivo, indutivo e dedutivo, composto por conhecimentos adquiridos e experiências pessoais vivenciadas” (p.2). Araújo (2016) e Fonteyn e Ritter (2008) encaram o raciocínio clínico como um processo cognitivo que permite identificar os problemas do cliente de enfermagem e elaborar diagnósticos de enfermagem e intervenções que conduzam a resultados positivos para o cliente e/ou

família.

Simmons (2010) utilizou o Método Evolucionista de Rodgers, para análise do conceito, dada a sua rigorosa abordagem indutiva e pela importância que assume na análise de conceitos que permanecem em constante evolução e mudança. Este método concentra-se ainda na aplicação atual do conceito e na sua relação com diversos fatores. A análise do conceito através do Modelo de Rodgers assenta em 8 etapas:

1. Identificação do conceito de interesse;

2. Selecionar a disciplina pretendida e o período de recolha de dados;

3. Recolha de dados sobre os antecedentes e consequências, termos substitutos e atributos do conceito, e referências;

4. Identificar termos relacionados;

5. Analisar a literatura relativamente às características supracitadas;

6. Realizar comparação interdisciplinar;

7. Identificar o modelo do conceito, caso apropriado;

8. Identificar hipóteses e implicações para o desenvolvimento da pesquisa.

Os antecedentes dizem respeito aos eventos que ocorrem antes do raciocínio clínico ser aplicado, enquanto que as consequências são os resultados da sua aplicação. Quanto aos antecedentes, são vários os eventos ou circunstâncias existentes, sendo eles: percepção cognitiva, conhecimento explícito, dados, necessidade percebida de ação, conhecimento específico da disciplina, experiência, memória de longo e curto prazo e educação formal e informal. As consequências compreendem a avaliação de alternativas, escolhas, consciência cognitiva de dados adicionais, ação implícita, julgamento, inferência e decisão (Simmons, 2010). Como termos substitutos Simmons (2010) identificou o conceito de raciocínio diagnóstico. Quanto aos conceitos relacionados este destacou a resolução de problemas, tomada de decisão e julgamento clínico. Os atributos do raciocínio clínico incluem a análise de dados – interpretação -, deliberação, heurísticas,

inferência, metacognição, cognição, lógica, processamento de informação e intuição, e diferem de acordo com a experiência dos enfermeiros e o conhecimento específico de enfermagem (Simmons, 2010).

As heurísticas são estratégias formais e informais de pensamento, e possibilitam aos enfermeiros analisar informações do cliente rapidamente, permitindo tomadas de decisão rápidas, ainda que possam levar a conclusões erradas devido a uma análise menos aprofundada. As estratégias de pensamento formais incluem o processamento de informação, enquanto que as informais se referem à intuição, e possibilitam fazer um julgamento ou tomar uma decisão, e resolver problemas. Assim, para a utilização de heurísticas, a experiência dos enfermeiros assume uma grande importância (Simmons, 2010). Simmons (2010) apresenta, com base na utilização do Método de Rodgers, uma definição de raciocínio clínico. Para a autora este conceito pode ser definido como “um processo cognitivo complexo, que utiliza estratégias de pensamento formais e informais, de forma a reunir e analisar informações do doente, avaliar o significado dessas informações e ponderar ações alternativas” (p. 1155). A autora assume o carácter dinâmico, expansivo e recursivo do raciocínio clínico, já que a informação do cliente, intervenções e ações alternativas, podem ser consideradas ou descartadas em qualquer momento do processo e caso necessário, pode ser recuperada mais tarde (Simmons, 2010).

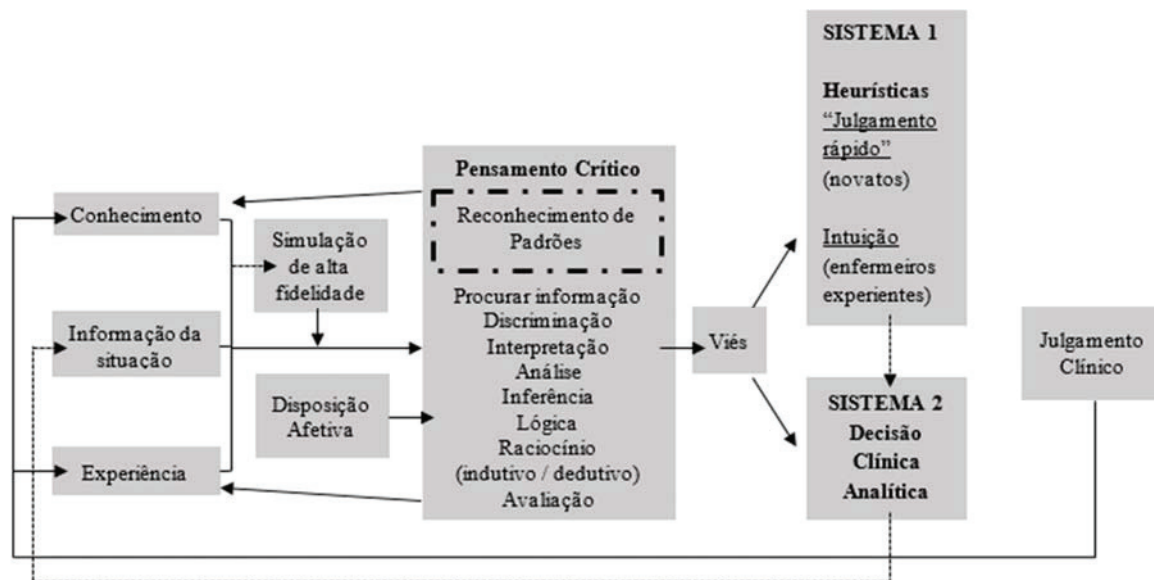
RACIOCÍNIO CLÍNICO

Estrutura Concetual

A estrutura concetual do raciocínio clínico redefine o pensamento crítico “como aplicação consciente e inconsciente de habilidades cognitivas para fazer um diagnóstico clínico e executar um processo de pensamento global aplicado do raciocínio clínico” (Walsh, 2010, p. 9). Explica ainda as relações entre pensamento crítico, julgamento clínico e tomada de decisão clínica, inclui o reconhecimento de padrões e as teorias de tomada de decisão. É descrita

também a forma como os elementos do pensamento podem levar a uma tomada de decisão clínica e como a realização de julgamentos clínicos contribui para o aumento do conhecimento e da experiência do enfermeiro (Walsh, 2010). Walsh (2010) afirma que, a falta de correlações significativas entre as variáveis de estudo de reconhecimento de padrões, tomada de decisão clínica e pensamento crítico pode apoiar a noção de que o pensamento crítico e a tomada de decisão clínica são construções separadas, e não uma construção única de raciocínio clínico (p. 204-205).

Figura 2. Estrutura Concetual de Raciocínio Clínico



Adaptado de Walsh (2010)

O pensamento crítico depende do conhecimento, da informação obtida da situação e da experiência. O conhecimento refere-se ao conteúdo teórico específico da disciplina, usado para solucionar os problemas do cliente. A informação situacional refere-se à informação que o enfermeiro recolhe seja pelos dados fornecidos pelo cliente, ou através de testes realizados e avaliação do mesmo. No que diz respeito à experiência, esta é importante já que permite ao enfermeiro aperfeiçoar a compreensão da situação clínica atual, com base em situações clínicas semelhantes anteriores (Walsh, 2010). Quanto à disposição afetiva para cuidar, esta não faz parte do processo de pensamento crítico e raciocínio clínico. No entanto, os enfermeiros que aplicam corretamente o pensamento crítico têm inerentes características de personalidade que permitem um desenvolvimento eficaz das suas habilidades para pensar, as quais já foram acima referidas. Portanto, essa disposição afetiva para cuidar, torna-se útil para a eficácia na aplicação do pensamento crítico e raciocínio clínico (Walsh, 2010). Quaresma, Xavier e Cezar-Vaz (2019) apresentam a Teoria do Processo Dual, que propõe a estruturação do raciocínio em dois

componentes, sendo que um é não analítico - sistema 1 -, e o outro é analítico - sistema 2. Desta forma, as tomadas de decisão podem ser rápidas e intuitivas - heurísticas -, ou lentas, trabalhosas e analíticas - tomada de decisão analítica (Quaresma, Xavier & Cezar-Vaz, 2019; Walsh, 2010). O Sistema 1 - raciocínio não analítico, está associado a reconhecimento rápido de padrões e requer pouco esforço mental, ocorrendo de forma involuntária (Quaresma, Xavier & Cezar-Vaz, 2019). De acordo com Walsh (2010), este sistema refere-se a tomada de decisão heurística, que é intuitiva, sendo fundamental para a rápida compreensão de uma situação clínica, sendo utilizada sobretudo por enfermeiros experientes. No caso dos enfermeiros com pouca experiência, estes podem aplicar heurísticas, mas isso só levará a um julgamento rápido e poderá conduzir a resultados desfavoráveis para o cliente devido a tomadas de decisão pouco rigorosas (Walsh, 2010). O Sistema 2 - raciocínio analítico - é consciente, lógico e envolve habilidades cognitivas. Neste sistema o conhecimento adquire uma importância acrescida já que este se fundamenta no saber científico (Quaresma, Xavier & Cezar-Vaz, 2019).

A tomada de decisão analítica utiliza o raciocínio analítico, sendo que os enfermeiros menos experientes devem ser incentivados a utilizar este tipo de raciocínio em vez de heurísticas, até adquirirem progressivamente mais experiência (Walsh, 2010). O viés refere-se a um fator que não está relacionado com o problema e que afeta o resultado da tomada de decisão, por exemplo, questões associadas à linguagem, que podem alterar a percepção do que é dito (Walsh, 2010). O julgamento clínico ocorre quando o processo de tomada de decisão está concluído, levando a uma decisão. A reflexão acerca do julgamento clínico realizado leva a um aumento do conhecimento e à aquisição de mais experiência (Walsh, 2010).

Processo de Raciocínio Clínico

Simmons (2010), Tanner (2006) e Zuriguel Pérez, Canut, Pegueroles, Llobet, Arroyo e Merino (2015), descrevem o processo de raciocínio clínico como o processo cognitivo que depende do pensamento crítico, do conhecimento e da experiência do enfermeiro para fazer julgamentos e resolver problemas. Para Simmons (2010) “as consequências que surgem do processo de raciocínio clínico podem funcionar como antecedentes para o processo seguinte, tornando o processo de raciocínio clínico cíclico e recursivo” (p.1155). O processo de raciocínio clínico é composto por 5 estágios: avaliação, análise, diagnóstico, planeamento/intervenção e avaliação. A avaliação inclui a sistematização e agrupamento dos dados considerados e identificação de dados em falta; na análise,



Adaptado de Lee, J., Lee, Y., Bae e Seo (2016)

O processo de pensamento inerente ao raciocínio clínico ocorre em todas as etapas do processo de enfermagem (Carvalho, Oliveira-Kumakura, & Morais, 2017). Para que os enfermeiros realizem corretamente este processo, necessitam de organizar o seu pensamento, “que envolve as operações mentais de Conceber – formar ideias sobre um objeto -, Julgar – discriminar os conceitos – e Raciocinar – conclusão com base em dois ou mais julgamentos realizados.”, o que irá levar a uma tomada de decisão (Carvalho, Oliveira-Kumakura, & Morais, 2017, p.663).

os dados recolhidos são relacionados; o estágio de diagnóstico inclui os problemas de saúde prováveis. Na fase de planeamento/implementação apresenta-se o plano de cuidados elaborado com base em intervenções prioritizadas e individualizadas. De seguida, avalia-se o estado de saúde do cliente de modo a compreender o efeito das intervenções de enfermagem e analisam-se dados anormais. Os autores referem que o processo de raciocínio clínico é cíclico, não unidirecional, e está em constante movimento (Lee, J., Lee, Y., Bae & Seo, 2016).

O raciocínio clínico depende do contexto, do conhecimento específico de enfermagem e envolve múltiplos tipos de pensamento e habilidades de raciocínio clínico (Brown Tyo & McCurry, 2019). Os enfermeiros são os principais intervenientes no que diz respeito à interação com o cliente, e trabalham em situações dinâmicas e complexas (Griffits, Hines, Moloney & Ralph, 2017). Desta forma, e segundo Araújo (2016), é fundamental que os enfermeiros apliquem cada vez mais o raciocínio clínico na sua prática, uma vez que a qualidade dos cuidados está profundamente ligada às habilidades do raciocínio clínico.

Para Lapkin, Levett-Jones, Bellchambers e Fernandez (2010), habilidades pouco desenvolvidas de raciocínio clínico, nomeadamente, no que diz respeito à falha em reconhecer e intervir, e a uma gestão inadequada das complicações, conduzem a resultados indesejáveis para os clientes. Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey (2010) também relacionam o défice de desenvolvimento das habilidades de raciocínio clínico com resultados que prejudicam o cliente, acrescentando ainda, que esse défice contribui para um aumento do risco de ocorrência de erros. Lambie, Schwend e Scholl (2015), defendem também que o desenvolvimento adequado dessas habilidades é fundamental para a formação de enfermeiros competentes. Alfaro-LeFevre (2013) enumerou 17 habilidades do raciocínio clínico, as quais podem auxiliar os enfermeiros nos seus processos de raciocínio, e que podem ser facilmente implementadas num ambiente complexo de cuidados (Lee, J., Lee, Y., Bae & Seo, 2016).

Tabela 2. As 17 Habilidades do Raciocínio Clínico

HABILIDADES DE RACIOCÍNIO CLÍNICO	DEFINIÇÃO
Identificar suposições	Reconhecer quando determinada informação é dada como garantida ou não tem modo de ser comprovada
Avaliação sistemática e abrangente	Utilização de uma abordagem sistemática e organizada que aprimora a capacidade de descobrir todas as informações necessárias para entender completamente o estado de saúde de uma pessoa
Verificar precisão e veracidade (validar dados)	Recolher mais dados de modo a verificar se as informações colhidas estão corretas e completas.
Distinguir sinais e sintomas normais de anormais, e identificar	Analisar os dados do doente e decidir o que está dentro do padrão normal e o que está alterado.
Fazer inferências (tirar conclusões válidas)	Fazer deduções ou formar opiniões que seguem uma sequência lógica, com base nos dados do paciente (dados subjetivos e objetivos)
Agrupar dados relacionados	Agrupar dados de forma a identificar padrões e relação entre eles
Distinguir informação relevante de irrelevante	Decidir quais informações são pertinentes para entender a situação em questão e quais são irrelevantes.
Reconhecer inconsistências	Perceber quando as informações se contradizem
Identificar padrões	Decidir quais os padrões de saúde, doença ou função são indicados pelos dados do doente
Identificar informações ausentes	Reconhecer lacunas na colheita de dados e pesquisar informações (ausentes) para preencher as lacunas
Promoção da saúde, identificando e gerindo fatores de risco	Maximizar o bem-estar.
Diagnosticar problemas reais e potenciais	Garantir que os problemas reais e potenciais do doente sejam identificados corretamente.
Definir prioridades	Definir de duas maneiras: (1) diferenciar entre problemas que requerem atenção imediata e aqueles que exigem ação subsequente; (2) decidir quais problemas devem ser abordados no prontuário do doente
Determinar resultados centrados no doente	Descrever exatamente quais resultados serão observados no cliente para mostrar os benefícios esperados do tratamento num determinado momento

Determinar intervenções individualizadas	Identificar ações de enfermagem específicas, adaptadas às necessidades e desejos do cliente.
Avaliar e corrigir o pensamento	Refletir sobre o nosso pensamento, com o objetivo de garantir a segurança e aprimoramento dos cuidados e, posteriormente, fazer os ajustes necessários.
Determinar um plano abrangente/avaliar e atualizar o plano	Garantir que os problemas prioritários, e os resultados e intervenções correspondentes, sejam registrados no processo do cliente, mantendo o plano atualizado.

Retirado de Lee, J., Lee, Y., Bae e Seo (2016). Adaptado de Alfaro-LeFevre (2013)

Estratégias de raciocínio clínico e fatores que o influenciam

Para Mendonça, Basto e Ramos (2016) torna-se imperativo identificar ferramentas que auxiliem os enfermeiros nas tomadas de decisão, ou seja, identificar a que estratégias do raciocínio clínico os enfermeiros recorrem. A seleção das estratégias de raciocínio clínico a utilizar pelo enfermeiro é feita tendo em conta as características e interesses do cliente, as características do próprio enfermeiro e do contexto - ambiente, equipa multidisciplinar e estrutura (Ramezani-Badr, Nasrabadi, Yekta & Taleghani, 2009; Mendonça, Basto e Ramos, 2016). Estes autores enumeram três estratégias de raciocínio clínico. São elas, a intuição, o reconhecimento de situações semelhantes e o teste de hipóteses.

A intuição agrega tanto os conhecimentos teóricos dos enfermeiros, como as suas experiências, o que possibilita que estes sejam capazes de detetar sinais/sintomas anormais e possíveis complicações no cliente e definir diagnósticos de enfermagem (Elliott, 2010; Ramezani-Badr, Nasrabadi, Yekta & Taleghani, 2009). Referem no seu estudo que, muitas vezes, os enfermeiros baseiam-se num "pressentimento", o qual é comparado com conhecimentos e experiências anteriores. Esta estratégia foi mencionada como importante, quando os participantes se deparavam com clientes em situações críticas e dúbias, ou quando os exames e observações realizados não forneciam informação completa.

O reconhecimento de situações semelhantes permite, transferir os conhecimentos adquiridos em situações anteriores para a situação de cuidado atual, se estas tiverem aspetos semelhantes (Manias, Aitken & Dunning, 2004; Ramezani-Badr, Nasrabadi, Yekta & Taleghani, 2009). Segundo Manias, Aitken e Dunning (2004), a intuição e o reconhecimento de situações semelhantes são muito idênticos, sendo que a diferença é que a intuição ocorre de forma inconsciente, e o reconhecimento de situações semelhantes é realizado de forma consciente.

O teste de hipóteses baseia-se em destacar diversas alternativas mediante um exame preliminar do cliente e, considerando os

dados obtidos e a condição de saúde do mesmo, testam essas mesmas hipóteses, com o objetivo de determinar o principal problema de saúde. Para testar as hipóteses formuladas, podem ser utilizados dois métodos diferentes: recolha de mais informação, de modo a determinar a melhor hipótese; ou realizar intervenções e verificar a resposta do cliente, para que possa ser selecionada a hipótese mais adequada (Ramezani-Badr, Nasrabadi, Yekta & Taleghani, 2009).

Para além das estratégias acima descritas, Elliot (2010), destaca ainda a relação de confiança com o cliente, a relação de envolvimento da família, as competências de negociação e compromisso e competências crítico-reflexivas.

O envolvimento do cliente no seu processo de saúde/doença é essencial, e o estabelecimento de uma relação terapêutica, baseada na confiança, facilita o processo de recolha de informação sobre os clientes, simplificando e aperfeiçoando, assim, o processo de raciocínio clínico do enfermeiro. Outro ponto positivo da utilização desta estratégia é o aperfeiçoamento do tratamento implementado. O envolvimento da família no processo de cuidados também acarreta certos benefícios para o cliente, auxiliando o mesmo na tomada de decisão (Elliott, 2010). Segundo o autor as competências crítico-reflexivas permitem ao enfermeiro, aprimorar a sua capacidade de processar a informação, as observações e os resultados obtidos, de forma a adequar os seus cuidados ao cliente. Tomar consciência acerca dos fatores que influenciam o raciocínio clínico, permite que o enfermeiro seja capaz de prevenir complicações para o cliente e de garantir a implementação de intervenções mais eficientes, assegurando, desta forma, a excelência dos cuidados de enfermagem (Mendonça, Basto & Ramos, 2016).

Existem diversos fatores que se destacam quanto à sua influência aquando da utilização do raciocínio clínico pelos enfermeiros e, conseqüentemente, no processo de tomada de decisão (Chilemba e Bruce, 2015; Griffiths, Hines, Moloney & Ralph, 2017). Segundo estes

autores, esses fatores são: o conhecimento teórico, a experiência adquirida na prática, a capacidade de julgamento e de raciocínio, a capacidade de usar o pensamento crítico, a familiaridade com o ambiente e contexto de cuidados, o profissionalismo e o bom senso. A utilização de técnicas de ensino/aprendizagem durante a formação profissional dos enfermeiros promove o desenvolvimento do seu raciocínio clínico e da sua capacidade de pensar criticamente face a situações de cuidados, além de que permite que estes tomem decisões com maior confiança (Mendonça, Basto & Ramos, 2016). Para estes autores, o desempenho dos enfermeiros, o seu bem-estar, assim como os resultados obtidos através das suas intervenções, são influenciados pelas características estruturais e organizacionais dos serviços em que trabalham, assim como o ambiente vivenciado nos mesmos.

As condições de trabalho têm um impacto significativo no raciocínio clínico dos profissionais. A fadiga, causada pelo aumento da quantidade de trabalho, e a diminuição das horas de sono, diminuem o estado de alerta dos enfermeiros e a segurança com que agem. Desta forma, estarão menos aptos a tomar decisões pertinentes, colocando em risco a segurança do cliente e a qualidade dos cuidados (Scott, Arslanian-Engoren & Engoren, 2014; Van Bogaert, Kowalski, Weeks, Van Heusden & Clarke, 2013).

Por fim, também para Simmons (2010), existem diversos fatores que poderão afetar o resultado do raciocínio clínico do enfermeiro: a complexidade do trabalho, a incerteza face aos resultados que se irão obter, o tempo limitado de que o profissional dispõe, as próprias características do serviço, os riscos que estão envolvidos na sua atuação, assim como as suas características pessoais, as quais têm um papel decisivo durante o processo.

IMPORTÂNCIA DO RACIOCÍNIO CLÍNICO PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A implementação e desenvolvimento do raciocínio clínico na prática de cuidados tem como finalidade orientar o enfermeiro,

para que este tome decisões apropriadas, quanto à situação clínica de um cliente com alteração no seu processo de saúde-doença. Permite também promover a autonomia, liderança e tomada de decisão na prática dos enfermeiros, e fomenta a confiança e segurança sentida pela equipa de saúde face à conduta profissional do enfermeiro, que demonstra assertividade nos processos de tomada de decisão (Menegon, Santos, Gonçalves, Kahl, Barreto & Gelbcke, 2019). Raciocínio Clínico em Contexto de Emergência/Urgência

Em serviços de emergência/urgência, dada a complexidade dos cuidados de enfermagem, a procura constante de cuidados e a grande rotatividade de clientes, é fundamental que os enfermeiros desenvolvam continuamente o raciocínio clínico. Nestes serviços, dado o carácter de imprevisibilidade subjacente, é exigido dos enfermeiros conhecimento técnico-científico, rapidez de raciocínio e capacidade para tomar decisões de forma rápida e eficaz, garantindo ao mesmo tempo a qualidade e segurança dos cuidados (Mendonça, Basto & Ramos (2016); Menegon, Santos, Gonçalves, Kahl, Barreto & Gelbcke, 2019). Assim, pode concluir-se que "o raciocínio clínico é um componente essencial da competência na prática" (Wyngaarden, Leech & Coetzee, 2019, p. 1). Dito isto, a adaptação dos enfermeiros nestes serviços é difícil sendo que, muitas vezes, sentem a ausência de conhecimentos e habilidades para aplicar com eficácia o processo de raciocínio clínico. Para Menegon, Santos, Gonçalves, Kahl, Barreto e Gelbcke (2019) o desenvolvimento do raciocínio clínico ocorre de forma contínua ao longo da experiência adquirida com a prática de enfermagem, e de acordo com as influências obtidas pelo carácter específico da enfermagem em contexto de emergência.

Neste contexto, é recorrente haver clientes em situação crítica. A Ordem dos Enfermeiros (2018), define estes clientes como aqueles "cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e

terapêutica” (p. 19362). De acordo com a mesma fonte, os cuidados de enfermagem que são prestados ao cliente em situação crítica, são cuidados muito qualificados e complexos, e exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistêmica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2018, p.19363).

Bright, Walker e Brion (2004) afirmam que o aumento da complexidade dos cuidados e o carácter de imprevisibilidade nos ambientes de prática de cuidados de saúde são fatores que têm vindo a contribuir para um aumento de erros durante a prática de enfermagem, o que pode conduzir a resultados negativos para os clientes. Para Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey (2010), se um enfermeiro não está dotado de habilidades adequadas de raciocínio clínico, este não terá capacidade de detetar atempadamente a deterioração clínica do cliente. Ainda para estes autores, existe uma diferença significativa na forma como os enfermeiros experientes e os enfermeiros recém-licenciados utilizam o seu raciocínio clínico para recolher os dados necessários face a um cliente.

A implementação de um raciocínio clínico eficaz depende da capacidade do enfermeiro em recolher a informação certa e realizar a ação certa, para o cliente certo, no momento certo e pelo motivo certo, sendo estes 5 tópicos (“certos”) pontos condutores que facilitam a implementação do raciocínio clínico na prática. (Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey, 2010).

A informação certa

A informação obtida pode dizer respeito a alterações fisiológicas ou psicossociais vivenciadas pelo cliente, as quais são detetadas através da sua história e da avaliação realizada. No momento da recolha da informação pode haver diversos fatores que poderão influenciar a obtenção da

mesma, nomeadamente, o contexto de cuidados, a situação clínica do cliente, a experiência e conhecimento do próprio profissional, assim como do tempo que este dispõe. Quando há uma falha na obtenção da informação, ou obtenção incompleta da informação, as ações que se seguem podem estar incorretas, e levar à ocorrência de erros na prática (Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey, 2010). O paciente certo

Compreende os doentes que se encontram em risco de agravamento do seu estado clínico. Assim, é importante que os estudantes de enfermagem e enfermeiros tenham conhecimento acerca do cliente e dos seus padrões de resposta, bem como compreendam de forma adequada os seus parâmetros fisiológicos, sendo estes aspetos fundamentais para que se detete atempadamente o “paciente certo” (Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey, 2010; Tanner, 2006).

O tempo certo

Refere-se à capacidade dos enfermeiros de identificarem pacientes em risco em tempo útil e de realizarem intervenções de enfermagem no momento certo e cumprindo uma sequência adequada. O insucesso no tratamento do cliente em situação crítica, muitas vezes, ocorre não só devido à falha no reconhecimento de sinais e sintomas, mas também ao início tardio de intervenções de enfermagem e/ou médicas (Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey, 2010).

Ação certa

Esta etapa abrange diversas habilidades, nomeadamente, habilidades práticas, intelectuais, assim como habilidades ao nível da comunicação. Prende-se ainda com a capacidade de priorizar, não só as intervenções de enfermagem, como as pessoas capacitadas para as realizar, assim como compreender as políticas envolvidas, e quem deve ser notificado, e quando. Pode também referir-se à necessidade dos enfermeiros de transmitirem as suas preocupações sobre a deterioração do estado

de saúde de um cliente a quem estejam a prestar cuidados, a enfermeiros com mais experiência (Levett-Jones, Bellchambers & Fernandez, 2010).

O motivo certo

Para Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey (2010), quando nos referimos ao “motivo certo”, existem vários aspetos que se deve ter em atenção, uma vez que “certo” não significa apenas que os processos de raciocínio corretos foram empregues, mas também que o raciocínio é ético, jurídico e profissional. O motivo “certo” não se aplica apenas ao processo de raciocínio; é sobre a lógica subjacente. Consequentemente, ao discutir esse “certo”, essas outras dimensões devem ser consideradas. (p. 519)

O “certo” pode também referir-se ao resultado do próprio raciocínio, ou seja, se foi alcançado o resultado correto e previsto. Para os autores acima citados, durante a formação académica, os estudantes de enfermagem, devem ser ajudados a compreender como prestar atenção a dados relevantes e aos problemas contextuais, como os dados podem moldar as decisões clínicas, e a relação entre a recolha de dados pertinentes e os resultados dos clientes (p. 517).

Estratégias Promotoras do Raciocínio Clínico no Ensino de Enfermagem

Levett-Jones, Hoffman, Dempsey, Jeong, Noble, Norton, Roche e Hickey (2010) referem que os “estudantes de enfermagem devem ser ensinados a sintetizar factos e inferências para fazer diagnósticos definitivos de enfermagem, identificar pacientes clinicamente em risco e selecionar um curso de ação entre as diferentes alternativas disponíveis” (p. 518). Assim, e conforme afirmam Wyngaarden, Leech e Coetzee (2019), as habilidades de raciocínio clínico têm sido facilitadas na prática clínica durante a exposição dos estudantes de enfermagem a diversas oportunidades de aprendizagem. No entanto, para proporcionar aos estudantes de enfermagem mais oportunidades para aplicar o raciocínio clínico, os professores

devem identificar e utilizar estratégias de ensino e aprendizagem que introduzam o raciocínio clínico (p.1).

Dada a importância do raciocínio clínico para a tomada de decisão de forma autónoma por parte dos estudantes de enfermagem e futuros enfermeiros na prática clínica é necessária, cada vez mais, a sua implementação nos planos de estudos das escolas de Enfermagem.

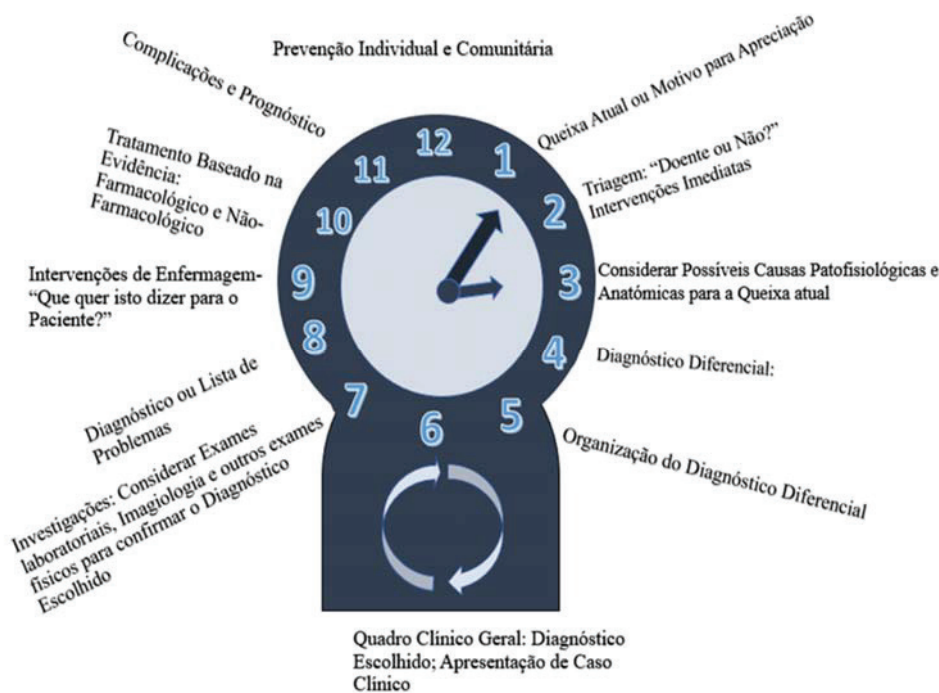
No estudo realizado por Wyngaarden, Leech e Coetzee (2019), os autores discriminaram desafios que os professores na área de enfermagem enfrentam para desenvolver o raciocínio clínico dos estudantes. Desses desafios destacam-se a utilização de estratégias meramente teóricas, o que faz com que os estudantes apenas memorizem os conteúdos, não desenvolvendo a capacidade de pensar e aplicar conhecimentos; a existência de resistência à mudança dessas estratégias por outras inovadoras e centradas nos estudantes; e os escassos recursos que dificultam a existência de um ensino com enfoque na prática (Wyngaarden, Leech & Coetzee, 2019). Hege, Kononowicz, Berman, Lenzer e Kiesewetter (2018) afirmam ainda que mesmo “orientadores clínicos experientes frequentemente consideram difícil abrandar e explicar completamente o seu raciocínio clínico. Os motivos incluem os componentes dinâmicos e, muitas vezes, inconscientes do processo de raciocinar e a ausência de treino formal” (p. 1). Ellis (2016) e Wyngaarden, Leech e Coetzee (2019) afirmam que o ensino de enfermagem em sala de aula, baseado na transferência de informações aos estudantes, com uso limitado de recursos práticos, é um desafio para o desenvolvimento do raciocínio clínico, nos alunos. Esta é uma conduta que se deve substituir por um modelo centrado no estudante.

Chilemba e Bruce (2015) e Wyngaarden, Leech e Coetzee (2019) demonstraram que este modelo de ensino tem inúmeras vantagens, como maior envolvimento do aluno e participação ativa na aprendizagem, que promovem o desenvolvimento do raciocínio clínico, pensamento crítico, julgamento clínico, tomada de decisão e

resolução de problemas. Brown Tyo e McCurry (2019), constataram que estratégias promotoras do desenvolvimento das habilidades do raciocínio clínico são mais eficazes quando implementadas como parte integrante do processo de raciocínio clínico. Schumaker e Bergeron (2016) apresentam o “Modelo do Relógio” (“The Clock Model”), figura 4, que tem uma estrutura lógica e orienta o estudante de enfermagem no processo de raciocínio clínico ao dividi-lo em 12 etapas. De acordo com os mesmos autores este modelo, ao apresentar a forma de um relógio, remete para o carácter cíclico do processo de raciocínio clínico. Sendo um modelo específico para a enfermagem de emergência/urgência, apesar de poder ser usado noutras áreas, os autores definem o conceito de tempo associado ao relógio de 2 formas que

parecem antagónicas, mas ambas válidas e relevantes. Por um lado, remete-nos para o sentido de urgência de ação e, por outro, lembra os enfermeiros de que, é necessário dispensarem algum tempo com os clientes para que seja possível fazer uma avaliação completa dos mesmos, e elaboração de diagnósticos precisos. O aperfeiçoamento da habilidade de gerir o tempo deve ser um dos objetivos dos estudantes de enfermagem. O modelo pode e deve ser usado complementarmente à prática simulada, para além dos ensinamentos clínicos previstos. Apesar da sua versatilidade, tendo muitas aplicações para apreensão e fortalecimento das habilidades de raciocínio clínico, tem como desvantagem o facto de ser necessário um maior consumo de tempo ao aplicar o modelo no processo de trabalho (Schumaker & Bergeron, 2016).

Figura 4. Modelo do Relógio (*The Clock Model*)



Adaptado de Schumaker e Bergeron (2016)

Lambie, Schwend e Scholl (2015) identificam a prática simulada como uma estratégia de ensino fundamental para o desenvolvimento do raciocínio clínico dos estudantes de enfermagem. A prática simulada proporciona aos estudantes de enfermagem um ambiente controlado e seguro, em que realizam intervenções de enfermagem apropriadas a uma situação clínica específica, enquanto verbalizam o que pretendem obter com as mesmas (Lambie, Schwend & Scholl, 2015). As mesmas autoras concluem que, através da participação numa experiência de simulação, os alunos participaram numa aprendizagem ativa e puderam verbalizar imediatamente a compreensão dos deficits de conhecimento relacionados à identificação de informações relevantes do paciente e à capacidade de antecipar vários resultados potenciais para o paciente (p.3). Esta estratégia de ensino permite aos estudantes de enfermagem corrigirem os seus erros, através dos registos do processo de enfermagem que elaboram logo após a realização da simulação, e receberem orientação e feedback construtivo por parte dos professores (Lambie, Schwend & Scholl, 2015). De acordo com estas autoras, o debriefing e a reflexão após as práticas simuladas permitem a discussão quanto à adequação das intervenções realizadas e os seus potenciais efeitos, ao serem revistas as respostas do cliente aos cuidados prestados na simulação. Mendonça, Basto e Ramos (2016) acreditam ser fundamental que, em serviços onde são prestados cuidados a clientes em situação crítica, se promova a formação contínua através de técnicas de simulação que permitam a consolidação de competências de raciocínio clínico e tomada de decisão, contribuindo assim para a melhoria do desempenho dos enfermeiros. Salientam ainda a ideia de que a Prática Simulada e os modelos orientadores do processo de raciocínio clínico, como o Modelo do Relógio, preparam os estudantes para cuidar com confiança.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do raciocínio clínico assume-se como fundamental para os enfermeiros que prestam cuidados em contexto de emergência/urgência, pela complexidade e gravidade das situações clínicas, que implica uma rápida atuação destes profissionais. Estudantes de enfermagem e enfermeiros com habilidades de raciocínio clínico aperfeiçoadas estão mais capacitados para tomar decisões adequadas relativamente ao processo de saúde/doença de clientes em situação crítica. É necessário o desenvolvimento do raciocínio clínico numa fase precoce da formação de enfermagem, uma vez que esse desenvolvimento deve ser progressivo e realizado através de estratégias que o promovam.

Os docentes assumem um papel fundamental na promoção do desenvolvimento desta competência por parte dos estudantes de enfermagem, se adotarem estratégias de ensino adequadas, nomeadamente o ensino centrado no estudante. Este tipo de ensino irá promover a participação ativa dos estudantes no seu processo de aprendizagem, possibilitando que os mesmos desenvolvam capacidades imprescindíveis a uma prática de enfermagem bem fundamentada. Mediante retrospectiva quanto ao percurso de elaboração do presente trabalho, consideramos que os objetivos inicialmente estipulados foram atingidos. A elaboração da revisão narrativa da literatura possibilitou adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos relativamente à temática. Desta forma, foi possível colmatar a lacuna identificada entre as competências fundamentais para os estudantes de enfermagem finalistas e futuros enfermeiros. Assim, consideramos que através da aplicação dos conhecimentos adquiridos com este trabalho, na prática, será possível melhorarmos o nosso desempenho na prestação de cuidados, contribuindo para a sua excelência. Com base na literatura analisada, foi possível compreender que o conceito de raciocínio clínico ainda se confunde com outros conceitos que lhe são próximos, nomeadamente o pensamento crítico e julgamento clínico. Por outro lado,

através da pesquisa realizada, chegou-se à conclusão de que a literatura relativa a estes últimos conceitos é mais vasta quando comparada àquela que se refere ao conceito de raciocínio clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, M. A. N. (2016). Raciocínio clínico do enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado e na segurança do Paciente. (Tese de Doutorado). Disponível em: https://ppgenf.furg.br/images/02_Teses/2016/Marcos_Ara%C3%BAjo.pdf
- Bright, D., Walker, W. & Bion, J. (2004). Clinical review: Outreach - A strategy for improving the care of the acutely ill hospitalized patient. *Critical Care*, 8(1), 33–40. <https://doi.org/10.1186/cc2377>
- Brown Tyo, M. & McCurry, M. K. (2019). An integrative review of clinical reasoning teaching strategies and outcome evaluation in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 40(1), 11–17. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000375>
- Carbogim, F. C., Oliveira, L. B. & Püschel, V. A. A. (2016). Pensamento crítico: Análise do conceito sob a ótica evolucionista de Rodgers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24., e2785. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1191.2785>
- Carvalho, E. C., Oliveira-Kumakura, A. R. S. & Morais, S. C. R. V. (2017). Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 662–668. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>
- Chilemba, E. B. & Bruce, J. C. (2015). Teaching styles used in Malawian BSN programmes: A survey of nurse educator preferences. *Nurse Education Today*, 35(2), e55–e60. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.12.015>
- Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38–43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
- Elliott, N. (2010). "Mutual intacting": A grounded theory study of clinical judgement practice issues. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2711–2721. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05412.x>
- Ellis, D. M. (2016). The role of nurse educators' self-perception and beliefs in the use of learner-centered teaching in the classroom. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 66–70. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.08.011>
- Griffiths, S., Hines, S., Moloney, C. & Ralph, N. (2017). Characteristics and processes of clinical reasoning in nurses and factors related to its use: a scoping review protocol. *Journal of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(12), 2832–2836. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003273>
- Hege, I., Kononowicz, A. A., Berman, N. B., Lenzer, B. & Kiesewetter, J. (2018). Advancing clinical reasoning in virtual patients – development and application of a conceptual framework. *GMS Journal of Medical Education*, 35, 1-19. <https://doi.org/10.3205/zma001159>
- Fonteyn, M. E. & Ritter, B. (2008). Clinical Reasoning in Nursing. In Higgs, J., Jones, M., Loftus, S. & Christensen, N. (Eds), *Clinical Reasoning in The Health Professionals: 3rd Edition* (235-244). Butterworth-Heinemann
- Lambie, A., Schwend, K. & Scholl, A. (2015). Utilization of the Nursing Process to Foster Clinical Reasoning During a Simulation Experience. *SAGE Open*, 5(4), 1-6. <https://doi.org/10.1177/2158244015617516>
- Lapkin, S., Levett-Jones, T., Bellchambers, H. & Fernandez, R. (2010). Effectiveness of Patient Simulation Manikins in Teaching Clinical Reasoning Skills to Undergraduate Nursing Students: A Systematic Review. *Clinical Simulation in Nursing*, 6(6), e207–e222. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.05.005>
- Lee, J. H., Lee, Y. J., Bae, J. & Seo, M. (2016). Registered nurses' clinical reasoning skills and reasoning process: A think-aloud study. *Nurse Education Today*, 46, 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.017>
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y. S., Noble, D., Norton, C. A., Roche, J. & Hickey, N. (2010). The "five rights" of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically "at risk" patients. *Nurse Education Today*, 30(6), 515–520. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Manias, E., Aitken, R. & Dunning, T. (2004). Decision-making models used by "graduate nurses" managing patients' medications. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 270–278. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03091.x>
- Mendonça, S., Basto, M. L. & Ramos, A. (2016). Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de clientes em situação crítica: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, vol. 2 (3), 754-773. [http://dx.doi.org/10.24902/riase.2016.2\(3\).754](http://dx.doi.org/10.24902/riase.2016.2(3).754)
- Menegon, F. H. A., Santos, J. L. G., Gonçalves, N., Kahl, C., Barreto, M. S. & Gelbcke, F. L. (2019). Development of the clinical reasoning of nurses

of an emergency hospital service. *Rev Rene*, 20, e40249. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040249>

Nielsen, A., Stragnell, S. & Jester, P. (2007). Guide for reflection using the clinical judgment model. *Journal of Nursing Education*, 46(11), 513–516. <https://doi.org/10.3928/01484834-20071101-06>

Quaresma, A., Xavier, D.M. & Cezar-Vaz, M. R. (2019). Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual. *Revista Enfermagem Uerj*, 27, 1-6. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.37862>

Ramezani-Badr, F., Nasrabadi, A. N., Yekta, Z. P. & Taleghani, F. (2009). Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: A qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4), 351–358. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01303.x>

Regulamento N° 190/2015 (2015). Regulamento de Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (N°79 de 16 de julho de 2015), 10087-10090. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/67059992>

Regulamento N° 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª Série (N°135 de 16 de julho de 2018), 19359-19370. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115692952>

Schumaker, R. H. & Bergeron, K. (2016). The Clock Model: A tool for Clinical Reasoning in the Emergency Department. *The Journal of Nurse Practitioner*, 12, 467–472. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.05.002>

Scott, L. D., Arslanian-Engoren, C. & Engoren, M. C. (2014). Association of sleep and fatigue with decision regret among critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(1), 13–23. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014191>

Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1151–1158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x>

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van heusden, D. & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional

survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1667–1677. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>

Walsh, S. A. (2010). The effects of pattern recognition based simulation scenarios on symptom recognition of myocardial infarction, critical thinking, clinical decision-making, and clinical judgment in nursing students (Dissertação de Doutoramento) Disponível em: http://search.proquest.com/docview/858458087?accountid=142908%5Cnhttp://sj9sr8sb5k.search.serialsolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Global&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation

Wyngaarden, A. v., Leech, R. & Coetzee, I. (2019). Challenges nurse educators experience with development of student nurses' clinical reasoning skills. *Nurse Education in Practice*, 40(June 2018), 102623. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102623>

Zuriguel Pérez, E., Canut, M. T. L., Pegueroles, A. F., Llobet, M. P., Arroyo, C. M. & Merino, J. R. (2015). Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 21(6), 820–830. <https://doi.org/10.1111/ijn.12347>

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Sinais Vitais publica artigos sobre a área disciplinar de enfermagem, de gestão, educação, e outras disciplinas afins. Publica também cartas ao director, artigos de opinião, sínteses de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação e cuja pertinência e rigor técnico e científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico. A Revista Sinais Vitais publica ainda entrevistas, reportagem, notícias sobre a saúde e a educação em geral.

A Publicação de artigos na Revista SINAIS VITAIS dependerá das seguintes condições:

1. Serem originais e versarem temas de saúde no seu mais variado âmbito;
2. Ter título e identificação do (s) autor (es) com referência à categoria profissional, instituição onde trabalha, formação académica e profissional, eventualmente pequeno esboço curricular e forma de contacto;
 - 2.1. Os autores deverão apresentar uma declaração assumindo a cedência de direitos à Revista Sinais Vitais;
 3. Ocupar no máximo 6 a 8 páginas A4, em coluna única, tipo de letra Arial 11, versão Microsoft Word 2003, ou OpenDocument Format (ODF).
 4. Serem acompanhadas de fotografia do (s) autor (es), podendo ser do tipo passe ou mesmo outra;
 5. Terão prioridade os trabalhos gravados em CD ou submetidos por e-mail acompanhados de fotografias, ilustrações e expressões a destacar do texto adequadas à temática. As fotografias de pessoas e instituições são da responsabilidade do autor do artigo. Os quadros, tabelas, figuras, fotografias e esquemas devem ser numerados e a sua legenda deve ser escrita numa folha e de fácil identificação;
 6. Os trabalhos podem ou não ser estruturados em capítulos, sessões, introdução, etc.; preferindo formas adequadas mas originais.
 - 6.1. Devem obrigatoriamente ter lista bibliográfica utilizando normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP405-1(1994);
 - 6.2. Todos os trabalhos deverão ter resumo com o máximo de 80 palavras e palavra-chave, que permitam a caracterização do texto;
 - 6.3. Os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua inglesa.
 7. São ainda aceites cartas enviadas à direcção, artigos de opinião, sugestões para entrevistas e para artigos de vivências, notícias, assuntos de agenda e propostas para a folha técnica, que serão atendidas conforme decisão da Direcção da Revista.
 8. A Direcção da revista poderá propor modificações, nomeadamente ao nível do tamanho de artigos;
 9. As opiniões veiculadas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores e não do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da Revista Sinais Vitais, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.
 - 9.1. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista e só poderão ser reproduzidos com autorização desta;
 10. A selecção dos artigos a publicar por número depende de critérios da exclusiva responsabilidade da Revista Sinais Vitais e bem assim, a decisão de inclusão do artigo em diferentes locais da revista;
 11. Somente se um autor pedir a não publicação do seu artigo antes de este estar já no processo de maquetização, é que fica suspensa a sua publicação, não sendo este devolvido;
 12. Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da Revista Sinais Vitais.
 13. Os trabalhos não publicados não serão devolvidos, podendo ser levantados na sede da Revista.
 14. Os trabalhos devem ser enviados para suporte@sinaisvitais.pt