

Coletânea sobre Raciocínio Clínico em Enfermagem

Departamento de Enfermagem

Coordenação Guida Amaral



SAÚDE

ESCOLA SUPERIOR
POLITÉCNICO SETÚBAL

Título

Coletânea sobre Raciocínio Clínico em Enfermagem

Coordenação

Guida Amaral, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Autorias

Ana Filipa Poeira, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Diana Arvelos Mendes, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Fernanda Gomes da Costa Marques, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Guida Amaral, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Hugo Franco, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Lucília Nunes, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Nara Batalha, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Data

setembro 2024

Editor

Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. Departamento de Enfermagem

ISBN

978-989-35809-1-2

Capa

Canva. (2024). [Imagem criada por IA usando o *prompt*: "desenho sobre pensamento crítico em saúde"]. Disponível em <https://www.canva.com>.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	4
SECÇÃO I – ENQUADRAMENTO	6
1. O que é o raciocínio clínico? <i>Ana Poeira e Fernanda Gomes da Costa Marques</i>	6
2. Que modelos de raciocínio clínico em Enfermagem? <i>Nara Batalha e Diana Mendes</i>	12
3. Que relação entre raciocínio clínico e processo de Enfermagem? <i>Diana Mendes e Nara Batalha</i>	19
4. Que aspetos éticos salientamos? <i>Lucília Nunes</i>	23
5. Quais as estratégias pedagógicas a utilizar? <i>Hugo Franco e Guida Amaral</i>	29
6. Que dificuldades/desafios emergem na implementação do ensino do raciocínio clínico? <i>Guida Amaral e Hugo Franco</i>	35
SECÇÃO II – MATERIAIS.....	43
1. Recurso pedagógico – Apresentação do <i>Clinical Reasoning Cycle</i> <i>Diana Mendes.....</i>	43
2. Recurso pedagógico – Layout Caso Clínico <i>Hugo Franco</i>	52
3. Recurso pedagógico – Casos Clínicos <i>Ana Poeira, Diana Mendes, Fernanda Gomes da Costa Marques, Guida Amaral, Hugo Franco, Lucília Nunes, Nara Batalha e Paula Leal</i>	54
4. Teaching and Learning Clinical Reasoning in Nursing Education: A Student Training Course <i>Ana Poeira, Diana Mendes, Fernanda Gomes da Costa Marques, Guida Amaral, Hugo Franco, Lucília Nunes, Nara Batalha e Paula Leal.....</i>	83
5. Guia orientador do Estudo de Caso do Ensino clínico de Enfermagem IV – Adulto e Idoso <i>Diana Mendes e Guida Amaral</i>	84
6. Competency Inventory of Nursing Students (CINS) <i>Ana Poeira e Lucília Nunes.....</i>	88
SECÇÃO III – FORMALIZAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM.....	90
1. Experiências do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem <i>Diana Mendes.....</i>	90
2. Relatos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem <i>Hugo Franco</i>	96

APRESENTAÇÃO

Este e-book, intitulado **Coletânea sobre Raciocínio Clínico em Enfermagem**, reúne um conjunto de trabalhos sobre o tema, com o intuito de proporcionar uma visão abrangente sobre a temática e de ajudar a refletir sobre a importância do desenvolvimento da competência de raciocínio clínico, assim como as estratégias pedagógicas que podem ser adotadas para potencializar o raciocínio clínico em Enfermagem.

O raciocínio clínico é um conceito fulcral em saúde e uma competência central e indispensável na prática da enfermagem, constituindo-se como um pilar fundamental para a tomada de decisão eficaz e segura no cuidado à Pessoa. Subjacente ao processo de raciocínio clínico está a recolha de dados, o processamento destes dados, o planeamento, a implementação de intervenções de enfermagem, a avaliação dos resultados e a reflexão sobre o processo de aprendizagem.

Esta coletânea¹ está organizada em três secções: I) Enquadramento; II) Materiais e III) Formalização da integração do raciocínio no curso de licenciatura em Enfermagem da ESS/IPS.

Ao longo dos capítulos da secção I – Enquadramento - exploramos o conceito de raciocínio clínico, desocultando os seus elementos essenciais; discutimos alguns modelos de raciocínio clínico, oferecendo diferentes perspetivas para compreender e aplicar esta competência; analisamos a relação intrínseca entre o raciocínio clínico e o processo de Enfermagem, evidenciando como essas duas esferas se entrelaçam e se complementam para um cuidado de excelência; abordamos questões éticas que emergem da utilização do raciocínio clínico; analisamos as estratégias pedagógicas mais eficazes para o ensino do raciocínio clínico e refletimos sobre os desafios que emergem aquando da sua implementação.

Na secção II – Materiais – são disponibilizados recursos que podem ser utilizados como ferramentas didáticas/pedagógicas no ensino do raciocínio clínico em Enfermagem, proporcionando suporte aos/às docentes na reflexão sobre estratégias de ensino e aprendizagem que potenciem o desenvolvimento do raciocínio clínico dos/das estudantes de Enfermagem.

¹ Na origem desta coletânea está a participação dos/das autores(as) no projeto ERASMUS + “*Clinical Reasoning in nursing/midwifery education and clinical practice*” que decorreu de 2021 a 2024 e que envolveu seis instituições de ensino de Enfermagem na Europa.

Na secção III - Formalização da integração do raciocínio clínico no curso de licenciatura em Enfermagem – apresentamos algumas estratégias pedagógicas desenvolvidas pelos(as) docentes na ESS/IPS.

Esta coletânea tem, fundamentalmente, a intencionalidade de disponibilizar subsídios teóricos e práticos que contribuam para o desenvolvimento do raciocínio clínico em Enfermagem.

Guida Amaral

SECÇÃO I – ENQUADRAMENTO

1. O que é o raciocínio clínico?

Ana Poeira e Fernanda Gomes da Costa Marques

O raciocínio clínico é um conceito central em saúde, essencial para resolver questões relacionadas com o estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção de lesões e/ou doenças. Para os profissionais de saúde, a aplicação do raciocínio clínico e a sua avaliação, resultante de uma educação baseada no desenvolvimento estruturado de competências, tem sido comumente aceite como forma de responder a estas questões (Gordon, Rencic, Lang, Thomas, Young & Durning, 2022).

No entanto, na Enfermagem, o raciocínio clínico adquiriu uma dimensão mais ampla e complexa, integrando não apenas a análise lógica de informações, mas também aspetos emocionais, sociais e físicos, uma vez que a prática de Enfermagem envolve uma tomada de decisão exigente diante de situações complexas no cuidado à pessoa (Mohammadi-Shahboulaghi, Khankeh & HosseinZadeh, 2021).

Assim, para a compreensão do conceito de raciocínio clínico é importante que se assuma que este é um conceito dinâmico e em evolução que depende constantemente do contexto em que é usado e da resposta à complexidade nos diferentes contextos. Quanto mais autónomo e responsável for o profissional de saúde, e quanto mais dinâmica e complexa for a situação, maior será a necessidade de raciocínio clínico.

“Múltiplos conceitos têm sido utilizados como sinónimos na literatura: tomada de decisão, resolução de problemas, juízo clínico, raciocínio diagnóstico e raciocínio clínico. Embora todos estes conceitos incluam elementos de processo e resultado, os conceitos de raciocínio diagnóstico e raciocínio clínico centram-se nas estratégias de pensamento que um/uma enfermeiro(a) utiliza para fazer um julgamento ou decisão e resolver problemas (Murphy 2004, Kautz *et al.* 2005, Su *et al.* 2005). O raciocínio clínico é o precursor de uma decisão e de uma ação.” (Simmons, 2010, p. 1152).

O raciocínio clínico foi descrito como um processo sequencial e encadeado que leva a uma decisão final por meio de uma série de inferências lógicas.

(Simmons, 2010)

O raciocínio clínico em Enfermagem pode ser definido como "um processo cognitivo complexo que utiliza estratégias de pensamento formais e informais para reunir e analisar informações da pessoa, avaliar o significado dessas informações e pesar ações alternativas. As essências centrais deste conceito incluem a cognição, a metacognição e o conhecimento específico da disciplina" (Simmons, 2010, p. 1155). Para este autor, esses atributos constituem a própria definição do conceito e emergem como essências de significado.

Os atributos que definem o raciocínio clínico são a análise de dados (interpretação de informação), a deliberação (ruminação), a heurística (estratégias de pensamento informal), a inferência (especulação), a metacognição (pensamento reflexivo), a lógica (argumento), a cognição (percepção ou consciência), o processamento de informação (organização de dados) e a intuição (insight independente do raciocínio) (Simmons, 2010).

O raciocínio clínico surge como processo e dimensão do pensamento crítico. Emergindo como a capacidade de pensar criticamente usando indução, dedução, análise e reflexão, suposições, avaliação de dados e informações para a construção da própria tomada de decisão.

(Fowler, 1997; Gordon, 1994; Milner & Malcolm, 1990; Simmons *et al.*, 2003)

Outra definição refere-se ao raciocínio clínico como um processo que começa pela recolha de dados e pelo processamento dessas informações para aumentar a compreensão dos problemas de saúde/doença das pessoas, planeando e implementando intervenções de cuidados de enfermagem, avaliando os resultados obtidos e refletindo em todo o processo de aprendizagem (Cottrill, 2013).

O raciocínio clínico refere-se a "(...) processos pelos quais os enfermeiros e outros clínicos fazem os seus julgamentos, e inclui quer os processos deliberados de gerar alternativas, baseando-as em evidência e escolhendo a mais apropriada, quer aqueles padrões que podem ser caracterizados como inerentes ao raciocínio prático"

(Tanner, 2006, p. 204-205)

O raciocínio clínico, pensamento crítico e julgamento clínico são frequentemente considerados como sinónimos em estudos de Enfermagem (Hong *et al.*, 2021). O pensamento crítico é uma espécie de pensamento de suporte para o raciocínio clínico, enquanto o julgamento clínico resulta do raciocínio clínico (Alfaro-Lefevre, 2016; Kuiper *et al.*, 2017).

Os resultados de revisão sistemática sobre julgamento e raciocínio clínico em Enfermagem apoiaram o modelo original de Tanner (Cappelletti, Engel & Prentice, 2014):

- Os julgamentos clínicos são mais influenciados pelo que o/a enfermeiro(a) traz para a situação do que pelos dados objetivos sobre a situação em causa;
- O julgamento clínico sólido baseia-se, até certo ponto, no conhecimento da Pessoa e no seu padrão típico de respostas, bem como no envolvimento com a Pessoa e as suas preocupações;
- Os julgamentos clínicos são influenciados pelo contexto em que a situação ocorre e pela cultura da unidade de Enfermagem;
- Os/As enfermeiros(as) utilizam uma variedade de padrões de raciocínio, isoladamente ou em combinação;
- A reflexão sobre a prática é frequentemente desencadeada por falhas no julgamento clínico e é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento clínico e para a melhoria do raciocínio clínico.

Esta revisão sugere que é necessário considerar o papel da experiência no raciocínio e no julgamento clínico, uma vez que essa dimensão não foi completamente compreendida.

Estudos de Johansson *et al.* (2009) e Ramezani-Badr *et al.* (2009), publicados após a revisão de Tanner, verificaram que a tomada de decisão dos/das enfermeiros(as) é influenciada pela experiência e por "situações passadas semelhantes" (Ramezani-Badr *et al.*, 2009, citado em Cappelletti, 2014). Descobriram que enfermeiros(as) especialistas utilizavam abordagens mais holísticas e "orientadas por hipóteses" para a tomada de decisão, enquanto enfermeiros(as)

menos experientes raciocinavam através de uma "abordagem orientada para tarefas e ações" (Andersson, Klang, e Petersson, 2012, citado em Capelleti, 2014).

A investigação também demonstrou que o tempo pode ser um fator importante para o raciocínio clínico. Conhecer uma Pessoa por um longo período permite um "raciocínio mais holístico e complexo" do que nas relações enfermeiro(a) - Pessoa com restrição de tempo (Funkesson, Anbäcken, & Ek, 2007). Funkesson *et al.* (2007, citado em Capelleti, 2014) verificaram que os/as enfermeiros(as) que trabalhavam em estreita colaboração com a Pessoa eram capazes de considerar mais perspectivas ao raciocinar do que os/as "enfermeiros(as) consultores" que raramente prestavam cuidados diretos à Pessoa.

Num outro estudo, Elliott (2010) descobriu que os/as profissionais de Enfermagem que utilizam uma linguagem corporal que transmite interesse e preocupação eram mais capazes de negociar decisões de cuidados com a Pessoa do que os/as profissionais de Enfermagem que não utilizavam estas formas de comunicação não-verbal. Elliott (2010) identificou a "negociação e o compromisso" como estratégias de julgamento clínico. Estas descobertas confirmam a importância do envolvimento da Pessoa na tomada de decisão clínica que seja relevante para si e clinicamente sólidas e éticas. Sugere-se que a quantidade e a qualidade do tempo gasto em contato com a Pessoa são fundamentais para o desenvolvimento do raciocínio clínico e de julgamentos sólidos, apoiando fortemente a segunda conclusão da revisão de Tanner (2006).

A terceira conclusão de Tanner sugeriu que o julgamento clínico é influenciado por fatores contextuais específicos do ambiente de trabalho do/da enfermeiro(a), desde fatores sociais, como o status socioeconómico das pessoas, até fatores políticos, como a extensão das funções obrigatórias dos/das enfermeiros(as). Nesta revisão, estudos mostram que, numa unidade de cuidados intensivos australiana, a "informação dos colegas" é a fonte preferida de informação dos/das enfermeiros(as) (Marshall, West & Aitken, 2011). No entanto, um estudo de Ramezani-Badr *et al.* (2009, citado em Capelleti, 2014) em quatro ambientes iranianos de cuidados intensivos verificou que os/as enfermeiros(as) frequentemente consultavam artigos de pesquisa e textos científicos ao raciocinar, especialmente antes de prescreverem/administrarem novos medicamentos. Os/As enfermeiros(as) também consultavam colegas e médicos(as) como estratégia de raciocínio clínico, principalmente na gestão de casos complicados. Este estudo abordou também o impacto dos diferenciais de poder na tomada de decisão clínica, identificando-o como um fator que limita a capacidade dos/das enfermeiros(as) para resolver problemas e "intervir eficazmente" (Tanner, 2006).

A quarta conclusão de Tanner (2006) identificou a utilização de três padrões de raciocínio inter-relacionados, um ou mais dos quais podem ser suscitados com base na situação que o/a enfermeiro(a) encontra ou com base no seu nível de experiência. Estes padrões de raciocínio são designados por processos analíticos, intuição e pensamento narrativo. As descobertas de Ramezani-Badr *et al.* (2009) que identificaram a intuição e o processo analítico de "teste de hipóteses" como estratégias de raciocínio clínico, bem como a estratégia de "reconhecer situações semelhantes", suportam as conclusões de Tanner.

A quinta e última conclusão de Tanner (2006) abordou como a reflexão melhora a aprendizagem dos/das enfermeiros(as) a partir de suas experiências reais ou percebidas. Esta autora identificou que a literatura que combina a reflexão e o julgamento clínico compreende apenas uma pequena parte do grande corpo de literatura sobre a reflexão em geral. Em consonância com essa conclusão, apenas um estudo incluído nesta revisão examinou especificamente como a reflexão sobre a prática ajuda a melhorar o julgamento clínico em Enfermagem (Glynn, 2012).

Face ao exposto, consegue-se igualmente depreender que a educação é uma área-chave onde o raciocínio clínico é desenvolvido, utilizando o pensamento crítico como suporte para esse processo. A prática reflexiva utilizada em contexto de sala de aula, que é associada ao modelo de Tanner, é descrita como uma ferramenta educativa que ajuda a melhorar o julgamento clínico dos/das estudantes de Enfermagem. Assim, a educação em Enfermagem influencia diretamente o desenvolvimento do raciocínio clínico.

Adquirir consciência metacognitiva através da aprendizagem do raciocínio clínico é fundamental para que o/a estudante de Enfermagem esteja preparado para a mobilizar na aquisição da competência profissional (Leal, Poeira, Mendes, Batalha, Franco, Nunes, Marques, Pađen, Stefaniak & Pérez-Perdomo *et al.* 2024).

Analisando todos os conceitos de raciocínio clínico apresentados, entende-se que se trata de um processo complexo que requer simultaneamente a aplicação de conhecimentos teóricos e práticos de Enfermagem para resolver a situação clínica da Pessoa, conduzindo à tomada de decisão. Além disso, requer uma atitude reflexiva contínua ao longo do processo e reflete o pensamento de Enfermagem que o influencia.

Referências

- Alfaro-Lefevre, R. (2016). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach*. (6th ed.). Elsevier Health Sciences: Philadelphia, PA, USA.
- Cappelletti, A., Engel, J. K., & Prentice, D. (2014). Systematic Review Of clinical judgment and Reasoning in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 53(8), pp.453-458. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140724-01>
- Cottrill, R. R. (2013). A demonstration of clinical reasoning through a case of scrotal infection. Case Study. *Urologic Nursing*. 33(1), pp.33-37. doi:10.7257/1053-816X.2013.33.1.33
- Fowler, L. P. (1997). Clinical reasoning strategies during care planning. *Clinical Nursing Research*., 6, pp.349-61. <https://doi.org/10.1177/105477389700600405>
- Gordon, M. (1994). Clinical judgment: an integrated model. *Advances in Nursing Science Emerg Med*. 16(4), pp.55-70. doi: 10.1097/00012272-199406000-00007
- Gordon, D., Rencic, J. J., Lang, V. J., Thomas, A., Young, M., & Durning, S. J. (2022). Advancing the assesment of clinical reasoning across the health professions: definitional and methodologic recommendations. *Perspect Med Educ*, 11, pp.108–114. <https://doi.org/10.1007/s40037-022-00701-3>
- Hong, S., Lee, J., Jang, Y., & Lee, Y. (2021). A Cross-Sectional Study: What Contributes to Nursing Students' Clinical Reasoning Competence? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18, 6833. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136833>
- Johnson, B. M., & Webber, P. B. (2015). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. (4Th edition). Walters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1451190359
- Kuiper, R. A., O'Donnell, S., Pesut, D., & Turrise, S. (2017). *The Essentials of Clinical Reasoning for Nurses*. Sigma Theta Tau International: Indianapolis, IN, USA.
- Leal P, Poeira A, Mendes DA, Batalha N, Franco H, Nunes L, Marques F, Pađen L, Stefaniak M, Pérez-Perdomo A, et al. (2024). Teaching and Learning Clinical Reasoning in Nursing Education: A Student Training Course. *Healthcare*, 12(12), 1219. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121219>
- Milner M. A., & Malcolm N. S. (1990). Critical thinking in the nursing curriculum. *Nursing Health Care* 11, pp.67-73.
- Mohammadi-Shahboulaghi, F., Khankeh, H., & HosseinZadeh, T. (2021). Clinical reasoning in nursing students: A concept analysis. *Wiley: Nursing Forum*, 56, pp.1008–1014. <https://doi.org/10.1111/nuf.12628>
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), pp.1151–1158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x>
- Simmons, B., Lanuza, D., Fonteyn, M. et al. (2003). Clinical Reasoning in Experienced Nurses. *West J Nurs Res*. 25(6), pp.702-19. <https://doi.org/10.1177/0193945903253092>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), pp.204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

2. Que modelos de raciocínio clínico em Enfermagem?

Nara Batalha e Diana Mendes

O raciocínio clínico é uma competência essencial para os/as estudantes de Enfermagem, uma vez que, na sua prática diária, estes são confrontados(as) com a necessidade de resolver problemas, decorrentes de situações clínicas complexas. Assim, quando se identificam os fatores que podem influenciar, a aprendizagem e o desenvolvimento desta competência em Enfermagem, possibilita-se aos/às estudantes, a consolidação da mesma (Hong *et al.*, 2021).

Se, por um lado, é aceitável afirmar que enfermeiros(as) com melhores competências em raciocínio clínico, estão aptos(as) a facultar cuidados mais oportunos e centrados na Pessoa, o que melhora a segurança das pessoas que cuidam, por outro lado, é crucial, que estas competências comecem a ser adquiridas, antes do início da sua prática em contexto clínico (Kuiper *et al.*, 2008; Gonzalez, 2018).

Para o efeito, torna-se essencial, o conhecimento dos pressupostos associados às principais teorias desenvolvidas sobre a aprendizagem do raciocínio clínico, para uma melhor compreensão e aplicação do mesmo, pelos(as) estudantes de Enfermagem, futuros(as) enfermeiros(as) (Kuiper *et al.*, 2008; Gonzalez, 2018).

Desde 2000, que diversos investigadores propuseram vários modelos teóricos, evidenciando a relação entre o desenvolvimento de competências de raciocínio clínico e a sua importância na prática, sendo, por isso, fundamental para o ensino de Enfermagem (Hong *et al.*, 2021).

Benner (2001) defendeu a existência do raciocínio enquanto premissa para a tomada de decisão dos/das enfermeiros(as) na resolução de problemas das pessoas. Afirmava que os/as enfermeiros(as) se desenvolveriam por diferentes níveis de proficiência, aos quais se associava, um aumento da capacidade de julgamento clínico, sendo os/as enfermeiros(as) *experts*, os que deteriam um raciocínio mais complexo.

Entre os principais modelos teóricos que foram sendo desenvolvidos explicita-se, primeiramente, o **Clinical Judgment Model** (CJM) proposto por Tanner em 2006, através do qual os/as enfermeiros(as) aplicam o julgamento clínico para resolver problemas complexos das pessoas que cuidam. Ao aplicar o CJM, os/as estudantes de Enfermagem poderiam fazer

juízos clínicos, em situações clínicas complexas usando os conhecimentos teóricos e o raciocínio clínico (Tanner, 2006).

Assim, para Tanner (2006), a capacidade de realizar um julgamento clínico é uma competência de extrema complexidade, na medida em que, pretende dar resposta a situações clínicas de pessoas e famílias, em ambiente de incerteza, condicionadas por vezes, pelos interesses contrastantes das pessoas cuidadas e dos/das profissionais que delas cuidam.

Considera a autora que, o estabelecimento de efetivos julgamentos clínicos em Enfermagem, exige a necessidade de um elevado conhecimento dos fenómenos fisiopatológicos, assim como, de uma rigorosa recolha e interpretação dos dados da avaliação inicial da Pessoa e família, bem como, da forma como estes experienciam o seu processo de doença e os recursos que têm disponíveis (Tanner, 2006).

A perspetiva de Tanner, em 2006, sendo a primeira a abordar esta temática, de forma, mais específica, foi muito relevante para a compreensão do conceito, mas, ainda assim, foi a menos estruturada, no que diz respeito ao estabelecimento de etapas e sistematização (Hong *et al.*, 2021).

Posteriormente, Johnson e Webber (2015) apresentaram um modelo mais estruturado e sistematizado, enfatizando o desenvolvimento de competências de raciocínio, com base na prática baseada na evidência. O modelo, inicialmente elaborado por estas autoras teve a sua génese nos trabalhos desenvolvidos por Reynolds (1971) que muito contribuíram para o desenvolvimento do pensamento crítico e da prática reflexiva em enfermagem (Johnson & Webber, 2015).

Reynolds afirmava que o uso dos conhecimentos adquiridos, nos permite explicar eventos passados, prever eventos futuros e desenvolver a compreensão sobre os eventos e sobre o controlo dos mesmos. Johnson e Webber reorganizaram e expandiram o trabalho de Reynolds, criando um modelo de raciocínio que possibilita estruturar o processo de tomada de decisão clínica e o raciocínio crítico na enfermagem (Johnson & Webber, 2015).

O **Modelo de Raciocínio IRUEPIC²** de Johnson e Webber (2015) engloba 7 etapas:

- Identificar – Os dados ou variáveis identificados na situação clínica da Pessoa;

² A sigla IRUEPIC surge da primeira inicial de cada etapa do modelo: Identificar, Relacionar, Compreender, Explicar, Prever, Influenciar e Controlar.

- Relacionar – Estabelecimento de relações entre os dados ou variáveis, mediante a apresentação de hipóteses;
- Compreender – Entendimento relativo à relação entre os dados ou variáveis;
- Explicar - Esclarecimento sobre a relação entre os dados e variáveis e a situação clínica da Pessoa, associado a um nível superior de competência, implicando a apreensão dos passos anteriores;
- Prever – Antecipação de eventos futuros com base no conhecimento da situação clínica da Pessoa e das hipóteses previamente definidas (por exemplo, identificação de possíveis complicações);
- Influenciar – Sugerir a alteração de variáveis, por outros elementos da equipa multidisciplinar (por exemplo, médico(a)), para obter um determinado resultado esperado, que melhore o cuidado;
- Controlar – Supervisionar os resultados das intervenções implementadas com a Pessoa e família (Jonhson & Webber, 2015).

Este modelo permite compreender como o raciocínio clínico em Enfermagem pode ser construído, desconstruído e analisado, passo a passo (Jonhson & Webber, 2015).

No subcapítulo seguinte apresentar-se-á, o modelo elaborado por Levett-Jones (2010) - ***Clinical Reasoning Cycle*** - que, atendendo à sua clara sistematização, por etapas e relativamente simples apreensão e aplicação pelos(as) estudantes, se considerou ser facilitador para integração das fases do processo de Enfermagem, sendo o modelo escolhido, para ser desenvolvido no curso de licenciatura em Enfermagem.

O quadro 1 apresenta, de forma sucinta, as principais etapas referidas pelos três autores relevantes mencionados anteriormente, nomeadamente, Tanner (2006), Levett-Jones, *et al.* (2010) e Jonhson & Webber (2015).

Clinical Reasoning Cycle de Levett-Jones

O raciocínio clínico é o processo, através do qual, os/as enfermeiros(as) (e outros profissionais de saúde) recolhem dados e processam informações, que lhes permitem compreender um problema ou situação clínica das pessoas que cuidam. Possibilita o planeamento e implementação de intervenções, de forma a avaliar resultados, refletir e aprender com o processo (Hoffman, 2007).

Quadro 1 – Modelos de Raciocínio Clínico

Tanner (2006) Clinical Judgment Model	Levett-Jones, et al. (2010) Clinical Reasoning Cycle	Johnson & Webber (2015) IRUEPIC Reasoning Model
Noticing: context, background, relationship, expectations, initial grasp	Consider the patient situation: describe facts, context, objects, or people	Identifying essential variables within clinical situations. Involves ruling in and ruling out variables
Interpreting: reasoning patterns, analytic, intuitive, narrative	Collect cues/information: review current information, gather new information, recall knowledge	Relating variables, determination about how they relate to one another
Responding: action and outcomes	Process information: analyze data, discriminate relevant information, relate, and discover new relationships, infer deductions, match current situation to past situations, predict an outcome	Understanding the relationships among the variables and their significance to the health, safety and well-being of the patient; knowing vs. understanding.
Reflecting: reflection-on-action and clinical learning	Identity problems/issues: synthesize facts and inferences to make a diagnosis	Explaining the variables significance, involves interpreting information
	Establish goal's: describe what you want to happen, an outcome	Predicting propositions, explaining what may happen in the future based on known variables
	Take-action: select a course of action	Influencing to alter a situation indirectly by persuading someone else to change one or more variables
	Evaluate outcomes: evaluate the effectiveness of the actions	Controlling actions that are directly related to variables (when influencing is not enough for the outcome)
	Reflect on process and new learning: contemplate what you have learnt	

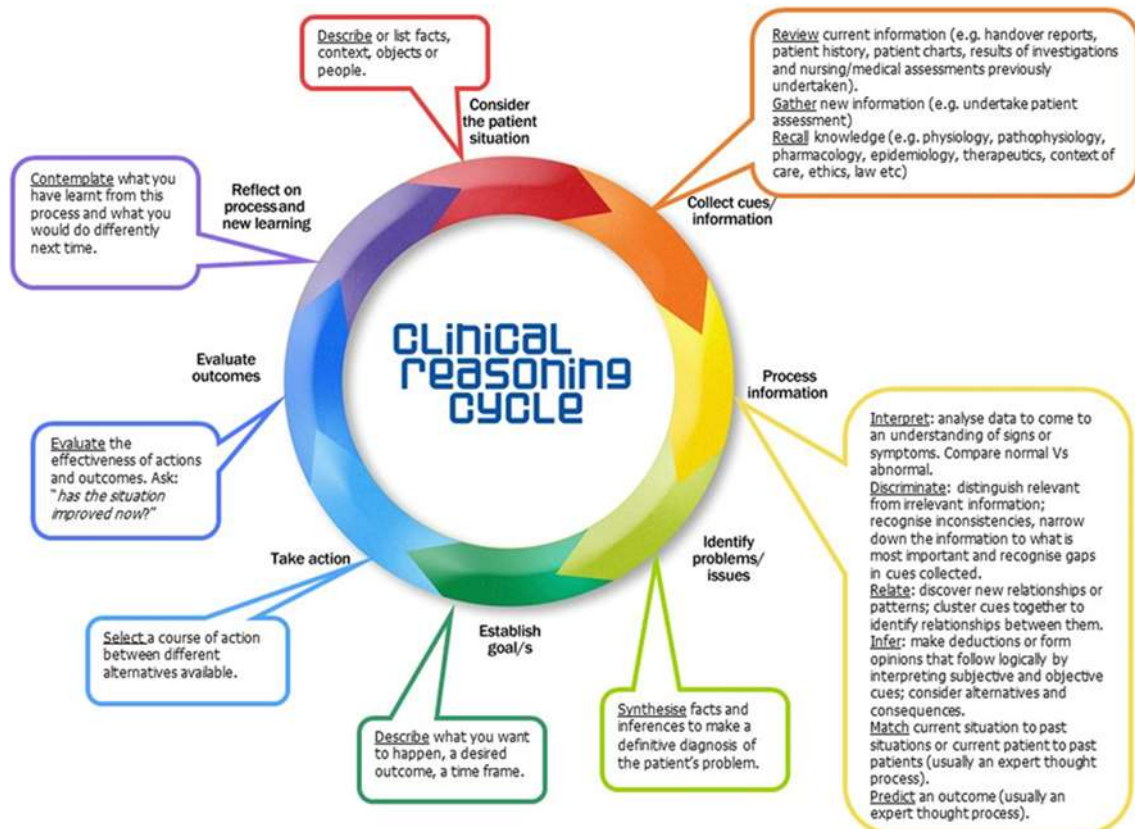
Fonte: Autoria própria. Adaptado de Tanner (2006), Levett-Jones, et al. (2010) e Johnson & Webber (2015)

O ciclo de raciocínio clínico de Levett-Jones foi reconhecido como uma valiosa ferramenta na educação em Enfermagem para ajudar os/as estudantes no desenvolvimento eficaz de planos de cuidados (Silva, 2024). Este ciclo, estabelece uma abordagem estruturada para os/as enfermeiros(as) avaliarem a Pessoa, processarem informações, planejarem e implementarem intervenções e avaliar resultados (Johnston et al., 2021).

Silva (2024) enfatiza a importância dos/das enfermeiros(as) compreenderem, de forma vasta, cada etapa do ciclo de raciocínio clínico, evitando a utilização de suposições sobre a situação clínica das pessoas que cuidam.

O ciclo de raciocínio clínico de Levett-Jones (2010) é apresentado na Figura 1:

Figura 1 – Ciclo de raciocínio clínico de Levett-Jones



Fonte: Levett-Jones, *et al.*, 2010 (utilização autorizada pela autora, 2024)

Neste ciclo, de forma genérica, podem considerar-se 8 etapas principais:

1. *Consider patient situation* – consiste numa avaliação inicial que permite identificar características/variáveis da situação;
2. *Collect cues/information* – Permite a recolha de toda a informação importante sobre a Pessoa através da consulta do processo clínico e de todas as restantes fontes disponíveis;
3. *Process information* – consiste na interpretação da informação e na compreensão dos aspetos que estão alterados;

4. *Identify problems/issues* – pressupõe a síntese da informação e identificação dos problemas/oportunidades/diagnósticos de Enfermagem;
5. *Establish goals* – prevê o estabelecimento de objetivos, a curto e a médio/longo prazo, tendo em consideração as prioridades da situação;
6. *Take actions* – consiste no desenvolvimento das intervenções que permitirão alcançar os objetivos anteriormente definidos;
7. *Evaluate outcomes* – pressupõe a reavaliação da condição da Pessoa (resultados);
8. *Reflect on process and new learning* – baseia-se numa reflexão estruturada que permite efetuar um balanço de todo o processo de raciocínio clínico (Levett-Jones, *et al.*, 2010).

O ciclo de raciocínio clínico de Levett-Jones constitui-se assim, como um valioso instrumento no ensino de Enfermagem, para auxiliar os/as estudantes na elaboração de processos de Enfermagem mais efetivos e individualizados (Silva, 2024).

A inclusão deste modelo nos currículos e ambientes de prática de Enfermagem, permite aos/às estudantes e profissionais de saúde melhorar a sua capacidade de avaliar, planejar, implementar intervenções e avaliar resultados, de forma eficaz.

Cumprindo as etapas do ciclo, os/as estudantes podem treinar e melhorar o seu raciocínio clínico, pensamento crítico e competências de tomada de decisão, o que poderá contribuir para a obtenção de melhores resultados nos cuidados que implementam (Silva, 2024).

O ciclo de raciocínio clínico de Levett-Jones pode veicular uma sólida base de estrutura na educação e prática de Enfermagem, possibilitando uma abordagem sistemática para a tomada de decisão clínica e resolução de problemas (Tutticci *et al.*, 2022; Silva, 2024).

Referências

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editora: Coimbra, Portugal. ISBN 972-8535-97-X.
- Gonzalez, L. (2018). Teaching clinical reasoning piece by piece: A clinical reasoning concept-based learning method. *Journal of Nursing Education*, 57, pp.727–735. <https://doi.org/10.3928/01484834-20181119-05>
- Hong, S., Lee, J., Jang, Y., & Lee, Y. (2021). A Cross-Sectional Study: What Contributes to Nursing Students' Clinical Reasoning Competence? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 6833. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136833>
- Hoffman, K. (2007). Unpublished PhD thesis. *A comparison of decision-making by "expert" and "novice" nurses in the clinical setting, monitoring patient haemodynamic status post abdominal aortic aneurysm surgery*. University of Technology, Sydney - UTS. OPUS, Open Publications of UTS Scholars. <http://hdl.handle.net/10453/21800>
- Johnson, B. M., & Webber, P. B. (2015). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. (4Th edition). Walters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1451190359

- Johnston, S., Tutticci, N., Theobald, K., & Ramsbotham, J. (2021). Comparison of simulation observer tools on engagement and maximising learning: a pilot study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 18(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2019-0110>
- Kuiper, R., Heinrich, C., Matthias, A., Graham, M.J., & Bell-Kotwall, L. (2008). Debriefing with the opt model of clinical reasoning during high fidelity patient simulation. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5, pp.1–14. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1466>
- 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), pp.515–520. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>
- Reynolds, P. R. (1971). *The process of nursing: A theoretical framework*. New York: McGraw-Hill.
- Silva, T. (2024). The use of Levett-Jones Clinical Reasoning cycle to support students in creating effective Nursing Care Planning Levett-Jones Clinical Reasoning Cycle Clinical reasoning = clinical judgment = problem solving = decision making = critical thinking. Conference Paper: 7th European Region Sigma Conference 2024, Bournemouth, United Kingdom.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), pp.204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Tutticci, N., Theobald, K., Ramsbotham, J., & Johnston, S. (2022). Exploring the observer role and clinical reasoning in simulation: a scoping review. *Nurse Education in Practice*, 59, 103301. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103301>

3. Que relação entre raciocínio clínico e processo de Enfermagem?

Diana Mendes e Nara Batalha

O ambiente de prestação de cuidados requer que os/as profissionais de Enfermagem sejam bem informados(as), conscientes e proativos(as). Neste sentido, torna-se essencial para estes(as) profissionais desenvolver um elevado nível de competência ao nível da reflexão, pensamento crítico e raciocínio clínico, visto que “Nurses who have effective clinical reasoning skills can have a positive influence on patient outcomes” (Maguire *et al.*, 2022, p. 359).

De acordo com Levett-Jones *et al.* (2010), o raciocínio clínico permite que os/as enfermeiros(as) realizem a análise complexa de múltiplas condições de saúde e reconheçam e intervenham no caso de pessoas com alterações na sua condição de saúde.

Por sua vez, ao explorar a relação entre o raciocínio clínico e o processo de Enfermagem, Maguire *et al.* (2022) defende que o processo de Enfermagem está centrado na tarefa ou intervenção e não inclui outros(as) profissionais de saúde e, por isso, talvez não seja suficientemente sofisticado para os cenários de saúde complexos que existem no contexto atual das instituições de cuidados de saúde. O referido processo de Enfermagem, que é crucial para a prestação de intervenções de Enfermagem, pode não justificar a razão pela qual se optou por uma intervenção em vez de outra e, neste sentido, o raciocínio clínico pode contribuir para colmatar esta fragilidade identificada no processo de Enfermagem ajudando a conhecer a razão de cada decisão clínica, funcionando como um precursor das decisões e ações clínicas (Simmons, 2010).

O raciocínio clínico oferece benefícios reconhecidos em contextos complexos, pois aprimora a prática de Enfermagem ao proporcionar um enquadramento teórico mais fundamentado que estimula o julgamento crítico e é mais flexível à prática intuitiva dos/das profissionais (Maguire *et al.*, 2022).

O raciocínio clínico pode contribuir para melhorar o processo de Enfermagem promovendo a fundamentação de cada decisão clínica.

Considera-se que os/as profissionais de Enfermagem mais experientes podem desenvolver o raciocínio clínico mais rapidamente. Por exemplo, quando avaliam uma Pessoa pela primeira vez, irão recolher imediatamente dados significativos e planejar a intervenção com a gestão adequada, devido ao seu conhecimento, competência e experiência. Este processo parece então ser automático ou instintivo nos/nas profissionais mais experientes (Levett-Jones *et al.*, 2010).

Por este motivo, o desenvolvimento do raciocínio clínico é mais desafiador para os/as profissionais de Enfermagem mais jovens e com menos experiência que precisam de progredir nesta área e têm preocupações mais básicas, como desafios de comunicação, problemas de tomada de decisão e níveis mais baixos de confiança (Maguire *et al.*, 2022). Provavelmente a experiência, o conhecimento e a competência dos/das profissionais de Enfermagem influenciam a capacidade de utilizar o processo de Enfermagem em combinação com a capacidade de inferir as informações da Pessoa sobre a situação clínica (Lockhart, 2022). Os/As profissionais que têm mais experiência podem definir o plano de cuidados centrado na Pessoa com mais rapidez e incluir atalhos cognitivos, experiência e intuição (Banning, 2008).

A capacidade de desenvolvimento do raciocínio clínico nas profissões da área da saúde está extremamente relacionada com o processo de tomada de decisão (Simmons, 2010) o que torna todo este processo ainda mais relevante.

Com base no modelo de raciocínio clínico IRUEPIC de Johnson & Webber, apresentado no capítulo anterior, os resultados de um estudo comparativo de Gonzol & Newby (2013) sobre a sua aplicação no processo de Enfermagem em dois grupos de estudantes, sugeriram que o desempenho intelectual do grupo que utilizou o modelo foi superior ao do grupo que utilizou o processo de Enfermagem, eventualmente porque o modelo é mais dinâmico. A utilização do modelo sugere uma análise mais profunda sobre as variáveis que podem afetar a Pessoa, pelo que a forma como os/as enfermeiros(as) elaboram a recolha de dados pode estar relacionada com os resultados e as intervenções.

Por sua vez, de acordo com os “cinco certos” do raciocínio clínico apontados por Levett-Jones *et al.* (2010), as pistas certas, a Pessoa certa, o momento certo, a ação certa e a razão certa podem também reforçar a relevância da aplicação do raciocínio clínico na prática de Enfermagem.

O processo de Enfermagem relaciona-se com o raciocínio clínico pois este está subjacente na tomada de decisão e na intervenção que os/as profissionais de Enfermagem planeiam para os problemas da Pessoa (Simmons, 2010). O processo de Enfermagem, nos contextos reais de cuidados de saúde, é centrados em registos eletrónicos, *guidelines*, *checklists*, podendo não abranger todas as variáveis que afetam a condição da Pessoa. Na realidade, importa que os/as

profissionais de Enfermagem não percam o foco na pessoa (Lockhart, 2022). Ainda assim, será o processo de Enfermagem suficiente para manter o foco necessário na Pessoa? Alguns autores revelaram que o uso do processo de Enfermagem padrão pode conter algumas fragilidades como “avaliações ausentes, diagnósticos de enfermagem imprecisos e inconsistências entre diagnósticos, intervenções e resultados (...)” (Leoni-Scheiber *et al.*, 2019, p. 1270).

Pelo que, de um modo geral, a prática do raciocínio clínico parece potencializar a utilização do processo de Enfermagem (Leoni-Scheiber *et al.*, 2019) como uma estratégia *win-win*. O processo de Enfermagem que consiste em avaliar, diagnosticar, planejar, implementar e avaliar, e estas ações podem ser a base para o raciocínio clínico (Alfaro-LeFevre, 2012). Aparentemente, as capacidades de raciocínio clínico podem melhorar o conhecimento, as atitudes e o desempenho clínico dos/das enfermeiros(as) e, como consequência, podem promover maior qualidade dos diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem (Leoni-Scheiber *et al.*, 2019).

Considera-se possível que a integração do processo de Enfermagem com o conceito de raciocínio clínico ou, mais especificamente, com um modelo de raciocínio clínico, contribua para melhorar a prática de Enfermagem e maximizar os resultados em saúde das pessoas.

Referências

- Alfaro-Lefevre, R. (2016). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach*. (6th ed.). Elsevier Health Sciences: Philadelphia, PA, USA.
- Banning, M. (2008). Clinical reasoning and its application to nursing: Concepts and research studies. *Nurse Education in Practice*, 8(3), pp.177–183. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.06.004>
- Gonzol, K., & Newby, C. (2013). Facilitating Clinical Reasoning in the Skills Laboratory: Reasoning Model Versus Nursing Process-Based Skills Checklist. *Nursing Education Perspectives*, 34(4), pp.265–267. <https://doi.org/10.5480/1536-5026-34.4.265>
- Johnson, B. M., & Webber, P. B. (2015). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. (4Th edition). Walters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1451190359
- Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., & Müller-Staub, M. (2019). Measuring the effects of guided clinical reasoning on the Advanced Nursing Process quality, on nurses’ knowledge and attitude: Study protocol. *Nursing Open*, 6(3). <https://doi.org/10.1002/nop2.299>
- 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), pp.515–520. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>.
- Lockhart, L. (2022). *Trust the Process. Nursing Made Incredibly Easy!*, Published Ahead of Print. <https://doi.org/10.1097/01.nme.0000831804.06249.f7>

- Maguire, T., Garvey, L., Ryan, J., Willetts, G., & Olasoji, M. (2021). Exploration of the utility of the Nursing Process and the Clinical Reasoning Cycle as a framework for forensic mental health nurses: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(2). <https://doi.org/10.1111/inm.12963>
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), pp.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), pp.204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

4. Que aspetos éticos salientamos?

Lucília Nunes

Esta coletânea tem, desde logo, uma finalidade de matriz ética, pela intencionalidade de disponibilizar materiais organizados, teóricos e teórico-práticos, “que contribuam para o desenvolvimento do raciocínio clínico em Enfermagem” (Introdução, p.3). Por isso, pensamos que o aprofundamento teórico sobre o raciocínio clínico providencia os elementos necessários para o questionamento ético. Em consequência, para a elaboração deste capítulo, identificamos os princípios e valores éticos desta Parte I e apresentamos o raciocínio ético que acompanha o raciocínio clínico.

Não esgotando, de todo, o assunto, apontamos alguns aspetos que sobressaem:

§ sobre o princípio da responsabilidade

A responsabilidade é “a capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios atos e seus efeitos, aceitando as consequências”³, primeiro princípio orientador⁴ da atividade dos/das enfermeiros (as), “inerente ao papel assumido”, ao mandato social. Ou seja, é porque os/as enfermeiros(as) se comprometeram perante a sociedade que se requer que sejam responsáveis na sua ação e por ela também responsabilizáveis.

Consideremos que o “raciocínio clínico é o precursor de uma decisão e de uma ação”⁵, de onde decorre que os/as enfermeiros(as) são responsáveis pelas decisões que tomam e pelos atos que praticam ou delegam⁶.

§ sobre o princípio da adequação

As mudanças frequentes e relevantes nos cuidados de saúde exigem que os/as recém-licenciados(as) estejam bem preparados para diversos contextos e para responder a necessidades de cuidados de saúde crónicas e complexas⁷.

³ Nunes, L. (2006) *Justiça, Poder e Responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de Enfermagem*. Lusociência, p. 74.

⁴ Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, art.º 99, nº 3. “São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: a) a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”.

⁵ Veja-se em “O que é o raciocínio clínico?”, p.6.

⁶ Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho. Regulamento que define o ato do enfermeiro. Artigo 4º Responsabilidade e autonomia. “3 - O enfermeiro é responsável pelas decisões que toma, pelos atos próprios da profissão necessários para o exercício profissional que pratica e pelas tarefas que delega.”

⁷ McLaughlin, J.E., Wolcott, M., Hubbard, D. *et al.* (2019). A qualitative review of the design thinking framework in health professions education. *BMC Med Educ* 19, 98. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1528-8>

Para responder às necessidades da Pessoa e das comunidades, a educação em Enfermagem tem de se assegurar que a formação inicial é adequada às finalidades. Ou seja, tem de preocupar com a adequação entre a educação e a realidade para a qual educa ou prepara.

§ sobre o **valor da competência e aperfeiçoamento profissional**

O aperfeiçoamento das competências clínicas em uso e o desenvolvimento do raciocínio clínico, entre elas, incluem-se nos valores⁸ profissionais dos/das enfermeiros(as), por forma a se efetivar a excelência do exercício, que é tanto um “princípio orientador da atividade dos enfermeiros” como um conjunto de deveres⁹.

As estratégias pedagógicas utilizam-se com o suporte das evidências e dos estudos de investigação educacional em Enfermagem, dada a especificidade da disciplina. É muito evidente que, por exemplo, a aprendizagem baseada em problemas, diz respeito a problemas de Enfermagem e a resolução de casos clínicos, de modo análogo, serve o propósito na disciplina. As estratégias educacionais, como as estratégias clínicas que incluem a negociação, potenciam aprendizagens individuais e colaborativas, ao serviço do **valor da competência** na ação.

§ sobre a **tomada de decisão** e a dificuldade do holístico

Toda a ação do/da enfermeiro(a) (bem como as decisões de não ação) assentam na tomada de decisão. E para tal, estruturam-se pensamentos – por isso, importa ter em conta que “os conceitos de raciocínio diagnóstico e raciocínio clínico centram-se nas estratégias de pensamento que um enfermeiro utiliza para fazer um julgamento ou tomar uma decisão e resolver problemas”¹⁰.

O raciocínio clínico envolve processos de cognição e metacognição – o que significa que os/as enfermeiros(as) têm de ter competências para fazer juízos profissionais, avaliar o contributo específico da evidência para fundamentar a decisão, integrar a experiência, a diversidade da Pessoa e a singularidade da situação numa compreensão significativa¹¹.

Na maior parte dos discursos, a ideia de holismo aparece de forma fácil – ou seja, o pensamento holístico parece ser fácil, mas isto é completamente enganador. Pois para

⁸ Veja-se Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, capítulo da Deontologia Profissional, artigo 99º, nº 2 “São valores universais a observar na relação profissional: ... e) a competência e aperfeiçoamento profissional”. Lei

⁹ Referência ao nº 3 do Artigo 99º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: “3 — São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros: c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais”. Lei n.º 8/2024, de 19 de janeiro (Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Também se articula a referência ao Artigo 109.º Da excelência do exercício.

¹⁰ Veja-se em “O que é o raciocínio clínico?”, p.6.

¹¹ Safavi F, Yousefi Z, Bavani SM, Khodadadi E. (2022). The Relationship Between Nurses' Ethical Reasoning with the Quality of Nursing Care. *Int J Appl Basic Med Res.* 2022 Jul-Sep;12(3):196-202. [10.4103/ijabmr.ijabmr.637.21](https://doi.org/10.4103/ijabmr.ijabmr.637.21); Gruppetta, M., & Mallia, M. (2020). Clinical reasoning: Exploring its characteristics and enhancing its learning. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(10), 1-9. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0227>

um/uma estudante será o patamar mais difícil de alcançar por dizer respeito à capacidade de ver e pensar o todo.

Tendo em conta a dificuldade da tarefa, é lógico que se utilizem os apoios comprovados para ajudar os/as estudantes a levar a cabo com sucesso - aliás, é do domínio **da justiça** utilizar os meios e recursos disponíveis e eficazes.

Evidencia-se a necessidade de considerar o **valor da experiência** pois identificam-se diferenças no raciocínio clínico ao longo do tempo e das experiências refletidas e que cada um integra no seu conhecimento pessoal. Não se trata de destacar apenas a singularidade de cada um/uma mas de considerar que este valor da experiência refletida e integrada pode ter sérias consequências ou implicações. Desde logo porque um/uma enfermeiro(a) principiante pode constituir um perigo para as pessoas de quem cuida, até pela dificuldade em identificar diagnósticos complexos. Daqui decorre a sensatez de estabelecer redes e suportes – pois releva-se a necessidade de haver enfermeiros(as) peritos que supervisionem a atividade clínica dos/das principiantes e implementar estratégias que atenuem a influência dos fatores contextuais no julgamento clínico.

§ sobre a **centralidade da Pessoa** na tomada de decisão e nos cuidados

São conhecidas as vantagens de envolver as pessoas nas decisões sobre os seus cuidados de saúde. Veja-se que a primeira etapa do modelo de Levett-Jones, *et al.* (2010) é exatamente considerar a situação da Pessoa, identificar características/variáveis da situação.

O raciocínio clínico é um método de pensamento e de tomada de decisão, relacionado com um contexto específico e um domínio da prática profissional de Enfermagem – é um processo dinâmico, complexo, que orienta todas as decisões e ações.

Notamos a proximidade entre os vários processos - modelo racional para a resolução de problemas, processo de Enfermagem e tomada de decisão ética¹². Que, na verdade, comungam de uma similitude e se aproximam por via do uso do pensamento humano ao serviço de um propósito e/ou para resolver um problema. Naturalmente, não é um processo que possa ser “algoritmizável”, mesmo com o desenvolvimento da inteligência artificial – pois que a centralidade da Pessoa, o respeito pela sua dignidade e autonomia, pelo seu caráter único, mesmo quando a própria não tem condições de participar na decisão, é central para a intervenção dos/das enfermeiros(as).

¹² Cf. Nunes, L. (2024) Tomada de decisão ética. Em Sequeira, C.; Néné, M. (Coord.) *Enfermagem Avançada*. Lidel. p. 99-108.

§ sobre a **complexidade** em várias perspetivas

Anotemos que pode ser utilizada a ideia de “complexidade” de várias formas - desde logo, e em primeiro, a complexidade da situação das pessoas que são destinatários dos cuidados¹³. Os problemas complexos caracterizam-se pela não linearidade das suas relações e são acompanhados de ambiguidade e incerteza¹⁴, pelo que mudam ao longo do tempo com a alteração das condições e as fórmulas e as regras pouco contribuem para a sua resolução. Atentando ao **respeito pela dignidade** das pessoas, cada situação de cuidados, cada problema complexo, é único e requer um conhecimento diferente e específico; também importa considerar a complexidade dos problemas da Pessoa nas perspetivas clínica, social, institucional, económica e política.

A profissão de Enfermagem dirige-se a pessoas, e é exatamente porque as pessoas constituem o nosso foco e objeto de atenção e cuidado que, desde logo, integramos o **respeito pela dignidade e liberdade** humanas¹⁵.

“Os enfermeiros têm presente que *bons cuidados* significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”¹⁶. Portanto, os contornos do que cada um considera *bom* cuidado em saúde, pela natural diversidade, requerem visualizar a complexidade, entender o cuidado como sistema complexo, no desafio de relações, interações, associações e retroações em vários planos.

Outra dimensão da complexidade prende-se com o facto de existir uma tensão entre diferentes valores morais – incluindo os valores e preferências da Pessoa doente. Para chegar verdadeiramente a uma decisão moralmente equilibrada num determinado caso, consideramos que é de importância vital que as questões morais relevantes sejam abordadas durante as deliberações¹⁷.

¹³ “Em comparação com um século atrás, quando as doenças mais prevalentes eram infecciosas, 50% da população em geral nos países desenvolvidos vive agora com doenças crónicas. O recente reconhecimento de que muitos doentes têm múltiplas doenças, muitas vezes agravadas por desafios psicossociais (ou seja, complexidade), e de que o custo dos cuidados que lhes são prestados é muito elevado, colocou a complexidade dos doentes no centro das atenções das políticas, práticas e investigação no domínio dos cuidados de saúde. Schaink AK, *et al* (2012). A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. *J Comorb*. 10;2:1-9 (sublinhado nosso):

¹⁴ Cf. Hodiamont, F., *et al.* (2019). Understanding complexity – the palliative care situation as a complex adaptive system. *BMC Health Serv Res* 19, 157. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3961-0>

¹⁵ “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, art.º 99, nº 1).

¹⁶ Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento concetual. “Cuidados de Enfermagem”, p. 13.

¹⁷ Bruchem-Visser RL, van Dijk G, de Beaufort I, Mattace-Raso F. (2020). Ethical frameworks for complex medical decision making in older patients: A narrative review. *Arch Gerontol Geriatr*. 90:104160. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104160>

§ sobre a **pedagogia do raciocínio clínico**

Consideremos que há uma pedagogia própria, incluindo a ideia de que o “raciocínio clínico não pode ser mais uma” ferramenta ou instrumento – na realidade, pelo facto de se suportar em raciocínio¹⁸, por existirem vários modelos¹⁹ e pela sua relação fundamental com o processo de Enfermagem²⁰. Uma característica positiva para a pedagogia do processo é que se apresenta como um processo com etapas; e como “não há bela sem senão”, por essa mesma característica, corre o risco de sofrer dos constrangimentos de processos em estádios²¹.

Não obstante, a sequência das etapas (considerar a situação da Pessoa, recolher informação, processar a informação, identificar problemas, estabelecer objetivos, realizar as intervenções, avaliar os resultados e refletir no processo e novas aprendizagens) tem uma linha lógica, sequencial, que pode incluir outros instrumentos, métodos e técnicas.

A literatura evidencia que a implementação do raciocínio clínico se depara com dificuldades²² e que é importante considerá-las para implementar estratégias de atenuação ou superação. Converte aqui a necessidade de conhecer e incluir as componentes **ética e deontológica** da prestação de cuidados.

Pode ser relevante constatar que, de forma semelhante ao que acontece ao enfermeiro(a) que cuida de uma Pessoa em ambiente clínico, também o/a docente escolhe as melhores estratégias²³ para ensinar os/as estudantes e seleciona as que utiliza em determinado momento ou etapa de aprendizagem. Não por causa dos “estilos de aprendizagem”, que não têm reconhecimento científico²⁴, mas considerando a especificidade dos/das estudantes e a contextualização das situações de aprendizagem.

Assim, e em nosso entender, a aprendizagem do raciocínio clínico é instrumental, potenciadora de uma ação boa, ao serviço do bem para a Pessoa.

E assim se podem inscrever numa ética da educação, visando promover e capacitar os/as estudantes, no horizonte da formação em Enfermagem que tem, como sabemos, uma

¹⁸ Ver capítulo 1 do Enquadramento - O que é o raciocínio clínico?

¹⁹ Ver capítulos 2 do Enquadramento - Que modelos de raciocínio clínico em Enfermagem?

²⁰ Ver capítulo 3 do Enquadramento - Que relação entre raciocínio clínico e processo de Enfermagem?

²¹ Dall’Alba, G., & Sandberg, J. (2006). Unveiling Professional Development: A Critical Review of Stage Models. *Review of Educational Research*, 76(3), 383-412. <https://doi.org/10.3102/00346543076003383>

²² Ver capítulo 6 do Enquadramento - Que dificuldades/desafios emergem na implementação do ensino do raciocínio clínico?

²³ Ver capítulo 5 do Enquadramento - Quais as estratégias pedagógicas a utilizar?

²⁴ Rato, J. (2023). *Mente, Cérebro e Educação*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. “Este neuromito [estilos de aprendizagem preferenciais] não é, portanto, totalmente inócuo para a educação, podendo ser inclusive bastante improdutivo, dado o desperdício de tempo que pode ser gasto num método instrucional sem reconhecimento científico. Ainda assim, os alertas dos cientistas não parecem ser suficientes, uma vez que o discurso sobre os estilos tem permanecido nas escolas e cerca de 90% dos professores, de vários países, continuam convencidos por ele” (p. 17-18)

finalidade moral, de fazer o bem ao Outro, num cuidado pensado, ponderado, refletido, ajuizado, de forma a ser o melhor.

Referências

- Bruchem-Visser R. L., van Dijk G., de Beaufort I., & Mattace-Raso F. (2020). Ethical frameworks for complex medical decision making in older patients: A narrative review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, pp.1-8. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104160>
- Dall'Alba, G., & Sandberg, J. (2006). Unveiling Professional Development: A Critical Review of Stage Models. *Review of Educational Research*, 76(3), pp.383-412. <https://doi.org/10.3102/00346543076003383>
- Diário da República nº 131 (2022, 8 julho). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. N.º 613 (julho): Série I (pp.179-182). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Diário da República (2024, 19 janeiro). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. N.º 14 (janeiro): Série I (pp.57-75). <https://data.dre.pt/eli/lei/8/2024/01/19/p/dre/pt/html>
- Gruppetta, M., & Mallia, M. (2020). Clinical reasoning: Exploring its characteristics and enhancing its learning. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(10), pp.1-9. <https://doi.org/10.12968/hmed.2020.0227>
- Hodiamont, F., et al. (2019). Understanding complexity – the palliative care situation as a complex adaptive system. *BMC Health Services Research*, 19(157), pp.1-14. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3961-0>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- McLaughlin, J. E., Wolcott, M., Hubbard, D. et al. (2019). A qualitative review of the design thinking framework in health professions education. *BMC Medical Education*, 19(98), pp.1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1528-8>
- Nunes, L. (2006) *Justiça, Poder e Responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de Enfermagem*. Lusodidacta. EAN 9789728930172
- Nunes, L. (2024) Tomada de decisão ética. Em Sequeira, C.; Néné, M. (Coord.) *Enfermagem Avançada*. Lidel. Lidel Enfermagem. ISBN: 978-989-752-924-5
- Rato, J. (2023). *Mente, Cérebro e Educação*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://ffms.pt/pt-pt/livraria/mente-cerebro-e-educacao>
- Safavi, F., Yousefi, Z., Bavani, S. M., & Khodadadi, E. (2022). The Relationship Between Nurses' Ethical Reasoning with the Quality of Nursing Care. *International Journal of Applied & Basic Medical Research*, 12(3), pp.196-202. DOI: 10.4103/ijabmr.ijabmr_637_21.
- Schaink, A. K., et al (2012). A Scoping Review and Thematic Classification of Patient Complexity: Offering a Unifying Framework. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, 2(1), pp.1-9. <https://doi.org/10.15256/joc.2012.2.15>

5. Quais as estratégias pedagógicas a utilizar?

Hugo Franco e Guida Amaral

O desenvolvimento de competências de raciocínio clínico é um desígnio crucial da formação em Enfermagem, pois prepara o/a estudante para tomar decisões rápidas e eficazes em cenários clínicos complexos. Para desenvolver a competência de raciocínio clínico dos/das estudantes, são necessárias estratégias de longo prazo na educação em Enfermagem.

Os métodos e estratégias de ensino e aprendizagem são essenciais para potenciar a capacidade de resolução de problemas e melhorar a autoeficácia académica (Hong *et al.*, 2021).

A literatura evidencia que algumas metodologias de ensino construtivistas, baseadas na reflexão, podem ajudar a desenvolver o raciocínio clínico dos/das estudantes, nomeadamente:

- Simulação (Ricos & Rivière, 2018; Craft-Blacksheare & Frencher, 2018; Tyo & McCurry, 2019; Watari *et al.*, 2020).
- Aprendizagem baseada em problemas (Yoo & Park, 2014; Cartwright, Bruce & McInerney, 2017; Ricos & Rivière, 2018; Tyo & McCurry, 2019; Zhao & Cong, 2019; Hong *et al.*, 2021).

São ainda referenciadas outras metodologias de suporte como o *journaling*, a aprendizagem colaborativa, o *thinking aloud* (Tyo & McCurry, 2019) e a aprendizagem baseada em dispositivos móveis (Lee *et al.*, 2018).

A simulação é uma metodologia de ensino que possibilita a repetição de um caso clínico, a reflexão sobre a situação no *debriefing* e a aprendizagem sobre um conteúdo assegurando a segurança da Pessoa (Uemura & Kido, 2022).

A simulação utiliza cenários clínicos simulados para replicar situações da prática de Enfermagem num ambiente controlado. Esse método permite que os/as estudantes pratiquem a tomada de decisão clínica, para além de receberem *feedback* estruturado sobre o seu desempenho. As simulações podem variar de baixa fidelidade (uso de manequins simples) a alta-fidelidade (uso de manequins eletrónicos avançados ou até simulações virtuais) (Kim & Shin, 2016).

No ensino de Enfermagem, a utilização da simulação integrada com casos reais é uma estratégia de aprendizagem fundamental para desenvolver procedimentos técnicos, raciocínio clínico e competências de tomada de decisão. Permite ainda desenvolver competências de comunicação, atitudes éticas, empatia e autoeficácia (Cant & Cooper, 2017; Levett-Jones, Cant & Lapkin, 2019; Yang *et al.*, 2019). Brentnall, Thackray & Judd (2022) destacam a importância de desenvolver o raciocínio clínico em ambientes simulados, considerando que este integra competências cognitivas, psicomotoras e afetivas.

A simulação pode proporcionar uma experiência de aprendizagem para os/as participantes, mas também para os/as observadores(as). Tutticci *et al.*, (2022) referem que o/a observador(a) também apresenta resultados de aprendizagem positivos, nomeadamente a reflexão, o envolvimento ativo, o aumento da confiança, a revisão pelos pares, a autoavaliação e a avaliação da equipa. Para otimizar o papel do/da observador(a), é importante que o/a observador(a) e o/a facilitador(a) integrem e envolvam estratégias de aprendizagem ativas, nomeadamente na fase de *debriefing*.

O debriefing é uma etapa essencial após a simulação, na qual os/as estudantes discutem e refletem sobre as suas ações, decisões e os resultados do cenário simulado. Através dessa reflexão guiada, os/as estudantes podem identificar pontos fortes e áreas de melhoria, além de discutir alternativas e formas de otimizar a tomada de decisão clínica (Huang *et al.*, 2023).

A aprendizagem baseada em problemas e a resolução de casos clínicos são metodologias que promovem a capacidade de resolução de problemas e permitem melhorar a integração dos processos de pensamento e reflexão do/das estudantes (Cartwright, Bruce & McInerney, 2017).

A aprendizagem baseada em problemas é uma estratégia ativa de ensino em que os/as estudantes perante situações clínicas descritas ou simuladas, devem procurar uma solução, de forma colaborativa e utilizando o pensamento crítico subjacente ao raciocínio clínico. Esta metodologia promove o trabalho em equipa, estimulando o desenvolvimento do raciocínio

clínico, a integração de diferentes áreas do conhecimento e a aplicação prática dos conceitos teóricos (Santos *et al.*, 2019; Sharma *et al.*, 2023). O recurso a diferentes casos na simulação tem sido cada vez mais utilizado para desenvolver e praticar o raciocínio clínico (Liaw *et al.*, 2018; Uemura & Kido, 2022) e para apoiar o pensamento crítico e o julgamento clínico (Cant & Cooper, 2017; Mohamed & Giuliana, 2022).

O *journaling* ou diário de aprendizagem é uma estratégia educacional que envolve o registo escrito das experiências clínicas e pensamentos reflexivos do/das estudantes. Através desta prática, os/as estudantes de Enfermagem têm a oportunidade de refletir sobre as suas ações, sentimentos, dúvidas e decisões durante o cuidado à Pessoa (Smith, 2021).

O diário de aprendizagem permite que os/as estudantes desenvolvam a metacognição, ou seja, a capacidade de refletir sobre os seus próprios processos de pensamento. Isso facilita no processo de identificação de padrões de raciocínio, no reconhecimento de aspetos a melhorar e a consolidar a aprendizagem. Ao escrever sobre as experiências clínicas, os/as estudantes conseguem potenciar a organização das suas ideias, o que favorece o desenvolvimento de um raciocínio clínico estruturado e consciente (Smith, 2021).

A aprendizagem colaborativa promove o trabalho em grupo, no qual os/as estudantes discutem e resolvem problemas, estimulando a troca de conhecimentos e a construção conjunta de soluções (Tai *et al.*, 2017).

A aprendizagem colaborativa é importante para o desenvolvimento do raciocínio clínico, pois promove a partilha de diferentes perspetivas e abordagens em relação a problemas clínicos. Estudantes que trabalham em equipa têm a oportunidade de discutir alternativas, corrigir erros e justificar as suas decisões, o que favorece o desenvolvimento de competências importantes, como o juízo clínico e a tomada de decisão em contextos reais de saúde (Williamson *et al.*, 2020).

O pensar em voz alta (*thinking aloud*) é uma metodologia em que os/as estudantes verbalizam o seu processo de pensamento enquanto resolvem problemas clínicos, expressando em tempo real como interpretam os dados e tomam decisões (Zhao *et al.*, 2024).

O pensar em voz alta é uma estratégia eficaz para o desenvolvimento do raciocínio clínico, pois permite que os/as estudantes reconheçam e aprimorem os seus processos cognitivos enquanto resolvem problemas. Esta técnica oferece *insights* valiosos sobre como devem estruturar o seu raciocínio e tomar decisões, além de possibilitar que os/as orientadores(as) clínicos(as) identifiquem e corrijam lacunas no conhecimento. A vocalização das ideias e estratégias torna os/as estudantes mais conscientes dos seus próprios erros e omissões, permitindo ajustes imediatos (Zhao *et al.*, 2024).

A aprendizagem baseada em dispositivos móveis (*mobile learning*) envolve o uso de *smartphones*, *tablets* e outros dispositivos eletrônicos para aceder a conteúdos educacionais, simulações, aplicações clínicas e plataformas de gestão da aprendizagem, integrando a teoria com a prática clínica (Kim & Park, 2019).

A aprendizagem baseada em dispositivos móveis oferece um acesso flexível e contínuo a materiais de estudo e recursos clínicos, o que facilita a aprendizagem autónoma e o desenvolvimento de competências de raciocínio clínico. As aplicações móveis podem proporcionar simulações clínicas, avaliações interativas e revisões rápidas de normas de orientação clínica, possibilitando aos/às estudantes praticar a tomada de decisão em tempo real, mesmo fora da sala de aula. Esta metodologia também ajuda a integrar a aprendizagem formal com a prática clínica, permitindo que os/as estudantes procurem informações atualizadas quando confrontados com decisões clínicas (Lee *et al.*, 2018).

Metodologias como a simulação, a aprendizagem baseada em problemas e casos clínicos, proporcionam abordagens ativas e reflexivas que facilitam a integração de conhecimentos teóricos e práticos, potenciando o desenvolvimento de competências clínicas essenciais. As metodologias de *journaling*, aprendizagem colaborativa, *thinking aloud* e *mobile learning* são estratégias de suporte para o desenvolvimento do raciocínio clínico em estudantes de Enfermagem. Estas promovem a reflexão crítica, o trabalho em equipa, a autoconsciência do processo de tomada de decisão e o acesso contínuo ao conhecimento, preparando os/as estudantes para lidar com situações clínicas complexas.

As estratégias didático-pedagógicas direcionadas para o desenvolvimento do raciocínio clínico em Enfermagem são essenciais para preparar futuros(as) profissionais para lidar com a complexidade dos cuidados de saúde. A combinação dessas estratégias proporciona um ambiente de aprendizagem diversificado e eficaz, fundamental para a formação de enfermeiros(as) competentes e bem preparados(as) para o exercício profissional.

Referências

- Brentnall, J., Thackray, D., & Judd, B. (2022). Evaluating the Clinical Reasoning of Student Health Professionals in Placement and Simulation Settings: A Systematic Review. *International Journal Environment Research Public Health*, 19(2), pp.196-202. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020936>
- 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), pp.11–17. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000375>
- Cant, R., & Cooper S. (2017). Use of simulation - based learning in undergraduate nurse education: an umbrella systematic review. *Nurse Education Today*, 49, pp.63-71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.015>
- Craft-Blacksheare, M., & Frencher, Y. (2018). Using high fidelity simulation to increase nursing students' clinical postpartum and newborn assessment proficiency: A mixed-methods research study. *Nurse Education Today*, 71, pp.198–204. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.031>
- Cartwright, P., Bruce, J., McInerney, P. (2017). Effects of problem-based learning on nurse competence: A systematic review. *Journal Nursing Education and Practice* 7(4), pp.67–75. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n4p67>
- Hong, S., Lee, J., Jang, Y., & Lee, Y. (2021). A Cross-Sectional Study: What Contributes to Nursing Students' Clinical Reasoning Competence? *International Journal Environment Research and Public Health*. 18(13), 6833, pp.1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136833>
- Huang, C.-Y., Lee, C.-H., Lin, P.-H., Lu, W.-J., Lin, R.-J., Hung, C.-Y., Li, P.-C., & Chung, C.-H. (2023). Effectiveness of Debriefing for Meaningful Learning (DML) Combined with Empathy Map on Prelicensure Nursing Students' Competency: A Quasi-Experimental Study. *Clinical Simulation In Nursing*, 81(1), 01427. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2023.101427>
- Hussein Mohamed, E., & Giuliana, H. (2022). Seeking autonomy: Grounded theory of clinical reasoning processes during simulation-based experiences. *Nurse Education in Practice*, 63, 103408. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103408>
- Kim, J., Park, J.-H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Medical Education*, 16(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0672-7>
- Kim, J. H., & Park, H. (2019). Effects of Smartphone-Based Mobile Learning in Nursing Education: A Systematic Review and Meta-analysis. *Asian Nursing Research*, 13(1), pp.20–29. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.01.005>
- Lee, H., Min, H., Oh, S. M., & Shim, K. (2018). Mobile Technology in Undergraduate Nursing Education: A Systematic Review. *Healthcare Informatics Research*, 24(2), pp.97–108. <https://doi.org/10.4258/hir.2018.24.2.97>

- 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), pp.515–520. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>.
- Liaw, S. Y., Rashasegaran, A., Wong, L. F., Deneen, C. C., Cooper, S., Levett-Jones, T., Goh, H. S., & Ignacio, J. (2018). Development and psychometric testing of a Clinical Reasoning Evaluation Simulation Tool (CREST) for assessing nursing students' abilities to recognize and respond to clinical deterioration. *Nurse Education Today*, 62, pp.74–79. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.12.009>
- Ricos, D., & Rivière, E. (2018). Analysis of midwifery teachers' approach to identifying student midwives with poor clinical reasoning skills. *Midwifery*, 66, pp.10-16. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.002>
- Santos, M. Z. D., Otani, M. A. P., Tonhom, S. F. D. R., & Marin, M. J. S. (2019). Degree in Nursing: education through problem-based learning. El grado en enfermería: la enseñanza-aprendizaje con base en problemas. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 72(4), pp.1071–1077. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0298>
- Sharma, S., Saragih, I. D., Tarihoran, D. E. T. A. U., & Chou, F. H. (2023). Outcomes of problem-based learning in nurse education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 120, 105631. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105631>
- Smith T. (2021). Guided reflective writing as a teaching strategy to develop nursing student clinical judgment. *Nursing Forum*, 56(2), pp.241–248. <https://doi.org/10.1111/nuf.12528>
- Tai, J. H., Canny, B. J., Haines, T. P., & Molloy, E. K. (2017). Implementing Peer Learning in Clinical Education: A Framework to Address Challenges In the "Real World". *Teaching and Learning in Medicine*, 29(2), pp.162–172. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1247000>
- Tutticci, N., Theobald, K. A., Ramsbotham, J., & Johnston, S. (2022). Exploring the observer role and clinical reasoning in simulation: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 59, 103301. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103301>
- Uemura, Y., & Kido, K. (2022). Clinical Reasoning Process of Novice and Expert using Consensual Qualitative Research in Observational Situations of Postpartum mothers and Newborns, *International Journal of Nursing Education* 14(3), pp.171-178. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i3.18375>
- Watari, T., Tokuda, Y., Owada, M., & Onigata, K. (2020). The Utility of Virtual Patient Simulations for Clinical Reasoning Education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5325. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155325>
- Williamson, G. R., Kane, A., Plowright, H., Bunce, J., Clarke, D., & Jamison, C. (2020). 'Thinking like a nurse'. Changing the culture of nursing students' clinical learning: Implementing collaborative learning in practice. *Nurse Education in Practice*, 43, p.102742. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102742>
- Yang, F., Wang, Y., Yang, C., Zhou, M. H., Shu, J., Fu, B., & Hu, H. (2019). Improving clinical judgment by simulation: a randomized trial and validation of the Lasater clinical judgment rubric in Chinese. *BMC Medical Education*, 19(20), pp.1-6. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1454-9>
- Yoo, M-S., & Park, J-H. (2014). Effect of case-based learning on the development of graduate nurses' problem-solving ability. *Nurse Education Today*, 34(1), pp.47–51. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.014>
- Zhao, R., Ding, T., Meng, J., Lei, M. & Ma, H. (2024). Think-aloud approach combined with case-based learning in nursing teaching round for new nurses in cancer hospital. *BMC Medical Education* 24, 916. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05891-4>

6. Que dificuldades/desafios emergem na implementação do ensino do raciocínio clínico?

Guida Amaral e Hugo Franco

O ensino do raciocínio clínico apresenta desafios e dificuldades que devem ser considerados aquando da implementação de estratégias reflexivas promotoras do desenvolvimento do raciocínio clínico dos/das estudantes de Enfermagem. A literatura evidencia a importância da implementação destas estratégias integradas com um modelo ou quadro de raciocínio clínico. Nesta implementação devemos refletir sobre aspetos que se prendem com os/as estudantes, com os/as docentes e com o processo: (a) Quais os desafios para os/as estudantes de enfermagem na aprendizagem do raciocínio clínico? (b) O que influencia o processo de raciocínio clínico dos/das estudantes de Enfermagem? (c) Que desafios se colocam aos/às docentes no ensino do raciocínio clínico? (d) Quais as barreiras que dificultam o ensino do raciocínio clínico? (e) Que erros podem ocorrer no processo de raciocínio clínico? (f) Como melhorar o processo de ensino e aprendizagem do raciocínio clínico?

(a) Quais os desafios para os/as estudantes de Enfermagem na aprendizagem do raciocínio clínico?

Os desafios que os/as estudantes enfrentam na aprendizagem do raciocínio clínico foram descritos por vários autores (Windish *et al.*, 2005; Schmidt & Mamede, 2015; Anakin *et al.*, 2019) e consideram:

- Representação do problema/situação clínica;
- Formulação de hipóteses;
- Recolha de informações que podem ajudar a compreender o problema/situação clínica;
- Interpretação da informação;
- Priorização de problemas/intervenções;
- Integração incompleta da informação na elaboração da avaliação da Pessoa/situação clínica;
- Planeamento das intervenções;
- Capacidade de comunicação.

Anakin *et al.* (2019) identificaram abordagens que os/as estudantes consideravam eficazes ou ineficazes na aprendizagem do raciocínio clínico (Tabela 1). Os resultados deste estudo sugerem que o desenvolvimento do raciocínio clínico é melhor apreendido através de um processo ativo de co-construção que envolva os/as estudantes.

Tabela 1 – Abordagens eficazes e ineficazes na aprendizagem do raciocínio clínico.

Abordagem eficazes	Abordagem ineficazes
<ul style="list-style-type: none"> • Praticar com doentes indiferenciados. • Docentes que tornam explícito o pensamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de independência e envolvimento. • Falta de comunicação e <i>feedback</i>. • Confusão gerada por diferentes fontes de informação.

Fonte: Adaptado de Anakin *et al.* (2019).

(b) O que influencia o processo de raciocínio clínico dos/das estudantes de Enfermagem?

A literatura evidencia vários aspetos que podem influenciar o raciocínio clínico do/da estudante de Enfermagem: o conhecimento específico da disciplina; as experiências de aprendizagem; a capacidade de pensamento crítico; a percepção cognitiva; a capacidade intuitiva; as emoções; a sonolência; o stresse; a capacidade de resolução de problemas e a autoeficácia académica (Mohammadi-Shahboulaghi *et al.*, 2021; Hong *et al.*, 2021; Cleland *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2022).

O aumento do **conhecimento** relativamente a conteúdos de áreas disciplinares presentes no currículo do curso de licenciatura em Enfermagem - anatomia, fisiologia, fisiopatologia ou farmacologia - são apontados como um ponto forte para ajudar os/as estudantes a desenvolverem o raciocínio clínico e o julgamento clínico (Uemura & Kido, 2022; Donkin *et al.*, 2022).

A associação entre as **experiências de aprendizagem**, a **capacidade de pensamento crítico**, a **percepção cognitiva** e a **capacidade intuitiva** é evidenciada por Cleland *et al.* (2021), quando refletem sobre as diferenças entre a forma de pensamento dos/das iniciados(as) e dos peritos(as).

Os/as peritos(as) utilizam um pensamento rápido, intuitivo, emocional e frequentemente descrito como um processo menos exigente, baseado na experiência e no reconhecimento de padrões (Cleland *et al.*, 2021; Corrao & Argano, 2022).

Os/As iniciados(as) utilizam um pensamento mais lento, mais deliberativo, mais lógico e que requer um processo mais exigente e consciente, baseado em regras que são aprendidas com os

pares (Cleland *et al.*, 2021; Corrao & Argano, 2022; Brentnall, Thackray & Judd, 2022). Brentnall, Thackray & Judd (2022), considerando o raciocínio clínico como uma competência, acrescentam que os iniciados desenvolvem esta competência através de uma série de etapas, em que há um aumento progressivo da capacidade de reconhecer padrões e gerir situações de incerteza, culminando em uma fase em que as soluções são identificadas de forma intuitiva.

As **emoções**, o humor, a atitude e o temperamento podem influenciar o processo de raciocínio clínico e a tomada de decisão (Liu *et al.*, 2022). Os afetos positivos facilitam e prolongam o processamento da informação, tornando o raciocínio clínico mais eficiente. Os afetos negativos diminuem os recursos cognitivos disponíveis e restringem o processamento de informação (Liu *et al.*, 2022). Os contextos clínicos, assim como os contextos sociais, são inerentemente afetivos, e, por isso, podem influenciar o processo de raciocínio clínico e o desempenho dos/das profissionais (Liu *et al.*, 2022). Corrao & Argano (2022) acrescentam que a inteligência emocional é um fator crucial no processo de raciocínio clínico para a melhor tomada de decisão.

A **sonolência** influencia o estado de alerta e o funcionamento cognitivo e tem impacto em vários aspectos dos cuidados, incluindo no processo de raciocínio clínico (Mohammadi-Shahboulaghi *et al.*, 2021). Cleland *et al.* (2021) sugerem que até mesmo uma leve sonolência influencia a capacidade de raciocínio clínico dos/das iniciados(as). Referem ainda que iniciados(as) com elevados níveis de motivação, tem menor probabilidade de sofrer com os efeitos da privação do sono (Cleland *et al.*, 2021).

O **stresse** é evidenciado no estudo realizado por Hong *et al.* (2021) como influenciador do processo de raciocínio clínico dos/das estudantes de Enfermagem. Os/As autores(as) referem que os/as estudantes de Enfermagem com menor stresse na prática clínica relataram maior competência de raciocínio clínico. Foram identificados fatores significativos relacionados com o stresse: idade; clarificação de problemas; capacidade de resolução de problemas; capacidade para desenvolver soluções alternativas; planeamento/implementação e eficácia autorregulada.

A capacidade de resolução de problemas e a autoeficácia académica também influenciam o processo de raciocínio clínico. Hong *et al.* (2021) referem que os/as participantes com melhor capacidade de resolução de problemas e com autoeficácia académica percecionam-se como tendo níveis mais elevados de raciocínio clínico.

A **capacidade de resolução de problemas** pode ser adquirida e desenvolvida através da formação de forma a responder às necessidades da Pessoa e encontrar respostas adequadas em situações complexas. Hong *et al.* (2021) referem que estudantes com forte capacidade de resolução de problemas apresentam maior competência clínica, de comunicação e na área da

segurança do/da Pessoa. A capacidade de resolução de problemas dos/das estudantes de Enfermagem difere em função das interações e do funcionamento interpessoal (Hong *et al.*, 2021).

A **autoeficácia** acadêmica é um fator essencial para a reflexão e para a motivação dos/das estudantes, sendo associada à competência clínica. Esta promove o envolvimento dos/das estudantes na aprendizagem, aumentando a competência de raciocínio clínico e contribuindo para um desempenho auto-instruído, em que o/a estudante define os seus objetivos e estratégias para ultrapassar as dificuldades (Hong *et al.*, 2021). A autoeficácia é considerada essencial para a eficácia da formação em Enfermagem, sendo desenvolvida pela prática de Enfermagem em ambientes acadêmicos, através da mobilização de conhecimentos, interpretação de dados e aplicação da prática baseada na evidência. A autoeficácia acadêmica é considerada como a capacidade de os/as estudantes utilizarem o conhecimento e o desempenho na tomada de decisão na análise de situações/cenários/casos reais em contexto académico. Possibilita então ao/à estudante, ultrapassar situações novas, desafiantes e complexas. O recurso a metodologias construtivistas, como a utilização de casos reais para resolver problemas é sugerida para desenvolver a autoeficácia dos/das estudantes. O estabelecimento de objetivos de aprendizagem autorregulados e as interações contínuas entre docentes e estudantes são fundamentais neste processo (Hong *et al.*, 2021).

(c) Que desafios se colocam aos/às docentes no ensino do raciocínio clínico?

Os/As docentes, na implementação de estratégias de ensino e aprendizagem que promovam a aquisição e desenvolvimento da competência de raciocínio clínico, deparam-se com alguns desafios. Van Wyngaarden *et al.* (2019) referem que estes desafios se prendem com o ambiente de aprendizagem académico e clínico.

Na academia um dos desafios prende-se com as práticas educativas, nomeadamente estratégias de ensino e aprendizagem, estratégias de avaliação, currículo e escassez de recursos. As estratégias de ensino e aprendizagem devem ser centradas no/na estudante recorrendo a múltiplos cenários/casos clínicos. As estratégias de avaliação devem evidenciar a capacidade de pensar e aplicar conhecimentos. O currículo deve incentivar uma aprendizagem cognitiva. A escassez de recursos humanos, infraestruturas e recursos materiais influenciam o ambiente de ensino e aprendizagem e a capacidade de os/as docentes utilizarem práticas educativas que promovam a competência de raciocínio clínico dos/das estudantes. A prática simulada é

fundamental para que os/as estudantes tenham oportunidade de desenvolver as suas competências num ambiente seguro (Van Wyngaarden *et al.*, 2019).

No ambiente de aprendizagem clínica os desafios emergem associados aos contextos de prática clínica. É importante um acompanhamento contínuo e frequente dos/das estudantes pelos(as) docentes, pois os contextos desempenham um papel fundamental no desenvolvimento das competências de raciocínio clínico. O tempo de ensino clínico e os modelos adotados na prestação de cuidados também são referenciados como fatores que influenciam a aprendizagem dos/das estudantes (Van Wyngaarden *et al.*, 2019).

Os autores realçam ainda a importância dos diferentes intervenientes no processo de ensino e aprendizagem – docentes, enfermeiros(as) orientadores(as), enfermeiros(as) gestores(as) e estudantes – enquanto facilitadores(as) da criação de um ambiente positivo de aprendizagem (Van Wyngaarden *et al.*, 2019).

Os/As docentes devem possuir competências, mobilizar recursos e criar oportunidades para utilizar estratégias de ensino e de aprendizagem centradas no/na estudante para melhorar desenvolvimento do raciocínio clínico dos/das estudantes.

Os/As docentes devem possuir competências. Mobilizar recursos e criar oportunidades para utilizar estratégias de ensino e de aprendizagem centradas no/na estudante para melhorar o desenvolvimento do raciocínio clínico dos/das estudantes.

(d) Quais as barreiras que dificultam o ensino do raciocínio clínico?

Com o objetivo de desenvolver nos/nas estudantes de Enfermagem elevados níveis de raciocínio clínico é fundamental integrar este processo no currículo dos cursos de licenciatura em Enfermagem, ensinando padrões de raciocínio clínico e promovendo o desenvolvimento do julgamento clínico (Hong *et al.*, 2021; Uemura & Kido, 2022). Sudacka *et al.* (2021) desenvolveram um estudo com o objetivo de explorar as barreiras que dificultam o ensino do raciocínio clínico no contexto europeu (Alemanha, Malta, Polónia, Eslovénia, Suécia, Suíça), tendo identificado 7 barreiras: (1) tempo; (2) cultura; (3) motivação; (4) conceito de raciocínio clínico; (5) ensino; (6) avaliação; e (7) infraestruturas. Os/As autores(as) identificam ainda

subtemas para cada uma das barreiras encontradas que dificultam a adoção de um currículo longitudinal que integre o raciocínio clínico (Tabela 2):

Tabela 2 – Barreiras que impedem a adoção de um currículo de raciocínio clínico longitudinal

Temas	Definição	Subtemas
Tempo	Falta de tempo para ensinar ou para aprender a ensinar eficazmente ou falta de tempo para ensinar raciocínio clínico no currículo.	<ul style="list-style-type: none"> • Para o ensino • Para o desenvolvimento dos/das docentes • No currículo
Cultura	Barreiras culturais decorrentes de práticas estabelecidas na academia e organizações de saúde: problemas de colaboração decorrentes da falta de prática na discussão de erros, reflexão, fornecimento de feedback e comunicação intra/interprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> • Resistência à mudança • Falta de correção dos erros • Falta de autorreflexão • Problemas de comunicação • Colaboração entre contextos de prática clínica/academia
Motivação	Falta de recursos financeiros (por exemplo para pagar aos/às docentes) ou outras formas de motivação ou incentivos (por exemplo falta de apoio das autoridades, baixa prioridade para o ensino).	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de iniciativa financeira • Falta de suporte da hierarquia de topo para a prioridade do ensino
Conceito de raciocínio clínico	Falta de consciência da importância do raciocínio clínico e/ou desacordo quanto ao seu significado no seio das profissões da área da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Consciência da importância • Semântica
Ensino	Falta de consciencialização ou crença na eficácia das metodologias explícitas de ensino do raciocínio clínico; falta de quadros de competências em matéria de raciocínio clínico; falta de orientações sobre como ensinar raciocínio clínico; falta de educadores(as) com formação adequada e liderança na implementação e gestão de cursos de raciocínio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Descrença no ensino explícito do raciocínio clínico • Falta de consciência das metodologias de ensino • Falta de quadros de competências • Falta de orientação específica • Falta de educadores qualificados • Falta de liderança
Avaliação	Desconhecimento ou incapacidade de implementar metodologias de avaliação de raciocínio clínico.	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de consciencialização e implementação.
Infraestruturas	Dificuldades na organização do ensino e na avaliação do raciocínio clínico devido à falta de espaço físico, de infraestruturas de hardware/software adequadas e do volume de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço físico de aprendizagem ou logística • Software

Fonte: Adaptado de Sudacka *et al.* (2021).

(e) Que erros podem ocorrer no processo de raciocínio clínico?

O desenvolvimento da competência de raciocínio clínico é essencial para a segurança e a qualidade dos cuidados. Levett-Jones *et al.* (2010) enfatizam a eficácia desta competência como um fator essencial na prevenção de danos iatrogênicos para a Pessoa. Evidencia-se então a necessidade de focar a formação no desenvolvimento desta competência, considerando que o raciocínio clínico é inerente ao julgamento clínico e consequente tomada de decisão em Enfermagem (Brown Tyo & McCurry, 2019; Uemura & Kido, 2022; Donkin *et al.*, 2022).

Corrao & Argano (2022) descrevem cinco tipos de erros de diagnóstico: erros sem culpa, erros do sistema, erros devidos a lacunas de conhecimento, erros devidos a má interpretação e enviesamentos cognitivos. Os erros sem culpa são considerados erros inevitáveis que surgem devido a vários fatores. Os enviesamentos cognitivos podem ocorrer em qualquer fase do processo de raciocínio clínico e podem estar ligados à intuição. Os enviesamentos podem ocorrer devido ao método de processamento de informação, à capacidade limitada do cérebro para processar informação, à influência social e à motivação.

A ocorrência de erros no processo de raciocínio clínico, como já foi referido, pode comprometer a segurança da Pessoa e a qualidade dos cuidados.

(f) Como melhorar o processo de ensino e aprendizagem do raciocínio clínico?

Corrao & Argano (2022) consideram como elementos centrais do raciocínio clínico: competências baseadas na evidência; interpretação e utilização hipóteses diagnósticas, compreensão dos enviesamentos cognitivos, fatores humanos, metacognição e prática baseada na evidência e centrada na Pessoa. Cada um destes elementos centrais necessita de um percurso de aprendizagem e de uma articulação com as estratégias de ensino de raciocínio clínico.

No percurso de aprendizagem dos/das estudantes, Corrao & Argano (2022) referem que faltam dois elementos fundamentais: a metacognição e a compreensão dos preconceitos cognitivos.

De forma a melhorar o processo de raciocínio clínico, é necessário aprofundar e cimentar o conhecimento - nas diferentes áreas disciplinares inerentes ao curso de licenciatura em Enfermagem – utilizando estratégias de pesquisa e de estudo autónomo, análise de casos clínicos, resolução de cenários clínicos em contexto de prática simulada e experiência em ensino clínico. É também fundamental conhecer os aspetos cognitivos para aumentar a consciência do processo de pensamento e prevenir erros cognitivos (Corrao & Argano, 2022).

A consciencialização e a reflexão sobre as dificuldades e os desafios na implementação do ensino do raciocínio clínico possibilitam a adoção de estratégias pedagógicas adequadas ao desenvolvimento da competência de raciocínio clínico e centradas no/na estudante.

Referências

- Anakin, M., Jouart, M., Timmermans, J., & Pinnock, R. (2019). Student experiences of learning clinical reasoning. *The Clinical Teacher*, 17(1), pp. 52–57. <https://doi.org/10.1111/tct.13014>
- 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>
- Cleland, J., Gates, L. J., Waiter, G. D., Ho, V. B., Lambert Schuwirth, & Durning, S. (2021). Even a little sleepiness influences neural activation and clinical reasoning in novices. *Health Science Reports*, 4(4), pp.1-9. <https://doi.org/10.1002/hsr2.406>
- Corrao, S., & Argano, C. (2022). Rethinking clinical decision-making to improve clinical reasoning. *Frontiers in Medicine*, 9(9), pp.1-7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.900543>
- Donkin, R., Hatje, E., & Reinke, N. B. (2022). An eLearning module is comparable to face-to-face teaching in a nursing human pathophysiology subject. *Nurse Education Today*, 113, 105377. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105377>
- Hong, S., Lee, J., Jang, Y., & Lee, Y. (2021). A Cross-Sectional Study: What Contributes to Nursing Students' Clinical Reasoning Competence? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6833. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136833>
- 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), pp.515–520. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>
- Liu, G., Chimowitz, H., & Isbell, L. M. (2022). Affective influences on clinical reasoning and diagnosis: insights from social psychology and new research opportunities. *Diagnosis*, 9(3), pp.295–305. <https://doi.org/10.1515/dx-2021-0115>
- Mohammadi-Shahboulaghi, F., Khankeh, H., & HosseinZadeh, T. (2021). Clinical reasoning in nursing students: A concept analysis. *Nursing Forum*, 56(4), pp.1008-1014. <https://doi.org/10.1111/nuf.12628>
- Schmidt, H.G., & Mamede, S. (2015). How to improve the teaching of clinical reasoning: a narrative review and a proposal. *Medical Education in Review*, 49(10), pp.961–973. <https://doi.org/10.1111/medu.12775>
- Sudacka, M., Adler, M., Durning, S. J., Edelbring, S., Frankowska, A., Hartmann, D., Hege, I., Huwendiek, S., Sobočan, M., Thiessen, N., Wagner, F. L., & Kononowicz, A. A. (2021). Why is it so difficult to implement a longitudinal clinical reasoning curriculum? A multicenter interview study on the barriers perceived by European health professions educators. *BMC Medical Education in Review*, 21, 575. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02960-w>
- Uemura, Y. & Kido, K. (2022). Clinical Reasoning Process of Novice and Expert using Consensual Qualitative Research in Observational Situations of Postpartum mothers and Newborns. *International Journal of Nursing Education*, 14(3), pp.171-178. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i3.18375>
- Van Wyngaarden, A., Leech, R., & Coetzee, I. (2019). Challenges nurse educators experience with development of student nurses' clinical reasoning skills. *Nurse Education in Practice*, 40(1), 102623. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102623>
- Windish, D. M., Price, E. G., Clever, S. L., Magaziner, J. L., & Thomas, P. A. (2005). Teaching medical students the important connection between communication and clinical reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, 20(12), pp.1108–1113. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0244.x>

SECÇÃO II – MATERIAIS

1. Recurso pedagógico – Apresentação do *Clinical Reasoning Cycle*

Diana Mendes

Caso Clínico: Operacionalização do processo de raciocínio clínico

- Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa (descrever o quadro clínico)
- Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)
- Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)
- Etapa 4: Identificação de necessidades e problemas
- Etapa 5: Estabelecimento de objetivos
- Etapa 6: Planeamento das intervenções e ação
- Etapa 7: Avaliação de resultados
- Etapa 8: Reflexão sobre o processo e a aprendizagem

IPS Instituto Português de Saúde
Fundado by the European Union

Caso Clínico: Operacionalização do processo de raciocínio clínico

O Sr. M tem 55 anos de idade e reside em Setúbal. Vive com a esposa que tem 52 anos. Tem 2 filhas que estão a estudar no ensino superior. Trabalha numa empresa de construção civil. É o responsável pelo rendimento familiar.

Antecedentes pessoais: HTA, DM, Dislipidemia, FA; hábitos tabágicos.

Medicação em ambulatório: Amlodipina 10 mg (1 x/dia); Metformina 500 mg (1 x/dia); Atorvastatina (1 x/dia); Amiodarona 200 mg (1x/dia);
 Refere não cumprir a medicação por motivos de insuficiência económica.

O Sr. M está internado no serviço de Medicina por AVC isquémico da Artéria Cerebral Média Direita.

IPS Instituto Português de Saúde
Fundado by the European Union

Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa
 (descrever o quadro clínico)


IPS Instituto Português de Saúde
Fundado by the European Union

 SAUDE
Escola Superior de Saúde de Setúbal
Enfermagem III


Raciocínio clínico

Prof. Diana Mendes
02/11/2023

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | [www.ippsetubal.pt](#)


 SAUDE
Escola Superior de Saúde de Setúbal
Enfermagem III

ATENÇÃO



AS INFORMAÇÕES PRESENTES NESTA APRESENTAÇÃO
CORRESPONDEM A UM ENXERTO DOS CONTEÚDOS
APRESENTADOS EM AULA. SERVINDO PARA NORTEAR
O TRABALHO INDIVIDUAL DOS/DAS ESTUDANTES!

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | [www.ippsetubal.pt](#)
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ippsetubal.pt

 SAUDE
Escola Superior de Saúde de Setúbal
Enfermagem III

Sumário

- Raciocínio clínico: conceito, conceitos associados, considerações gerais.
- Raciocínio clínico vs. Pensamento crítico.
- Tipos de raciocínio clínico.
- Ciclo de Levett-Jones (2010).
- ABCDE abordagem

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | [www.ippsetubal.pt](#)
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ippsetubal.pt

SAGDE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Enfermagem III

Raciocínio



É o processo cognitivo que nos permite pensar, identificar relações e julgar informações.

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde |
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ippsetubal.pt

SAGDE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Enfermagem III

Raciocínio

Pode ser entendido como uma função intelectual, mas felizmente pode ser desenvolvido. Isto significa que quanto mais uma pessoa aprender sobre teoria, quanto mais pesquisar...mais intencional se tornará o seu raciocínio.

A unidade mais básica do raciocínio é o fenómeno!

O **fenómeno** permite-nos identificar relações e interações entre objetos, pessoas, ideias ou situações!

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde |
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ippsetubal.pt

SAGDE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
Enfermagem III

Raciocínio clínico

Conceito

“Raciocínio clínico na prática de enfermagem será um processo de pensamento, realizado com intencionalidade pelo enfermeiro, fundamentado nos seus conhecimentos (teóricos e práticos) e na sua experiência (profissional e pessoal) envolvendo toda a complexidade, reflexividade, criatividade, intuição e cognição – do enfermeiro, do contexto, e do cliente em foco – de modo a sistematicamente selecionar, comparar, inferir e decidir sobre as evidências clínicas específicas do percurso clínico do doente, gerando decisões e conclusões clínicas que permitam atingir resultados esperados.”

(Melo-Dias & Lopes, 2010)

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde |
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ippsetubal.pt

SAUDE
Escola Superior de Saúde
Enfermagem III

Raciocínio clínico

Key Words/Concepts

abductive reasoning	formative reflection	reflection
Aristotle	identify	relata
care/caring	inductive reasoning	significance
cause	influence	skill
cognitive	know	Socrates
competence	knowledge	Socratic method
control	logical adequacy	summative reflection
critical thinking	meanings	symbols
deductive reasoning	operationalize	understand
effect	Plato	values
experience	predict	Webber's IRUEPIC Reasoning Model
explain	reasoning	
emancipatory knowing		

(Johnson & Webber, 2015)

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.edu.pt
 Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ipset.edu.pt

SAUDE
Escola Superior de Saúde
Enfermagem III

Raciocínio clínico

Pensamento crítico vs. Raciocínio clínico

Desde há muitos anos que os autores referem que é crucial os enfermeiros desenvolverem pensamento crítico em relação aos processos de saúde-doença...contudo com o avançar do conhecimento, algumas das principais entidades mundiais relacionadas com a qualidade dos cuidados em saúde revelaram que...é necessário desenvolver mais trabalho nesta área!

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, sobretudo com o aparecimento de mais estudos e mais pesquisas, veio demonstrar a necessidade de...

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.edu.pt
 Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ipset.edu.pt

SAUDE
Escola Superior de Saúde
Enfermagem III

Raciocínio clínico

Pensamento crítico vs. Raciocínio clínico

Quanto há necessidade de equacionar muitas variáveis, não apenas a saúde das pessoas, mas também a sua segurança e a qualidade dos cuidados...há necessidade de conduzir o conhecimento mais além e PENSAR FORA DA CAIXA!

O pensamento crítico pode ser entendido como um alicerce do raciocínio clínico! Está contido dentro do raciocínio clínico!

"(...) reasoning is defined as the utilization of scientific facts, principles, laws, and phenomenological and experimental information to identify, relate, understand, explain, predict, influence and control actual, potencial, and perceived nursing phenomena."

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.edu.pt
 Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ipset.edu.pt

Raciocínio clínico

Para além das competências associadas ao conhecimento, o processo de raciocínio clínico é também influenciado pela **atitude**...

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es@ipset.edu.pt
 Prof. Diana Mendes | diana.mendes@es.su.pt

Raciocínio clínico e Processo de Enfermagem

Nursing process
 "A critical-thinking model used by nurses that is represented as the integration of the singular, concurrent, iterative actions of its six components of assessment, diagnosis, identification of outcomes, planning, implementation, and evaluation."
 (ANA, 2021)

FIGURE 2 Nursing Process

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es@ipset.edu.pt
 Prof. Diana Mendes | diana.mendes@es.su.pt

Raciocínio clínico e Processo de Enfermagem

Algumas características do processo de enfermagem:

- Abordagem sistemática;
- Etapas interrelacionadas e dinâmicas;
- Processo centrado na pessoa;
- Realce do feedback;
- Estimulo à criatividade;
- Fundamenta a prática de enfermagem.

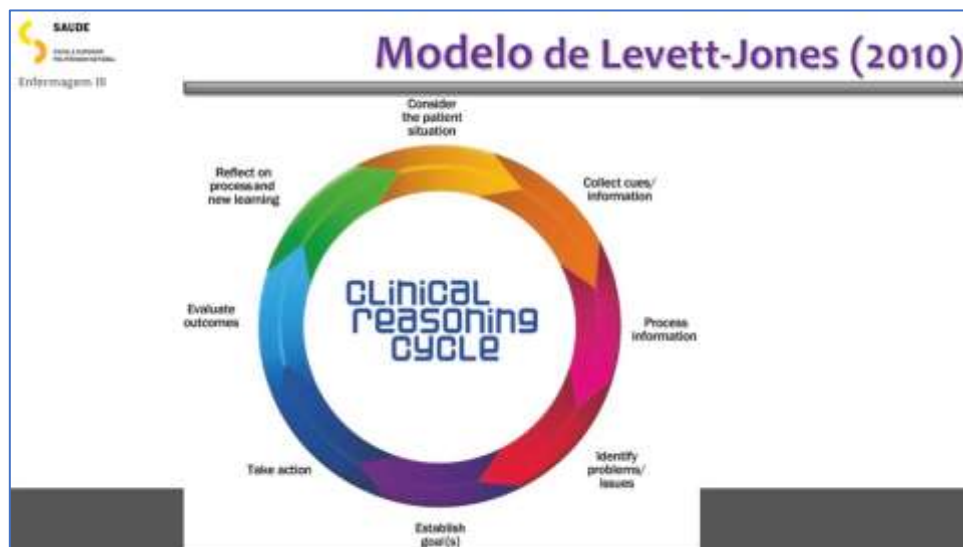
Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es@ipset.edu.pt
 Prof. Diana Mendes | diana.mendes@es.su.pt

SAUDE
Escola Superior de Saúde
Enfermagem III

Tipos de raciocínio clínico

- Dedutivo**
 - Conhecido pela expressão "top down";
 - Recorre a proposições através de factos, princípios, leis, teorias e relaciona, compreende, explica e controlar o fenómeno.
- Indutivo**
 - Conhecido pela expressão "bottom up"
 - Constrói novos e criativos conceitos e variáveis para identificar, compreender, explicar e controlar o fenómeno, com base no que já é conhecido (leis, teorias, etc)
- Abduativo**
 - Muito semelhante ao indutivo, no entanto, em vez de se seguir pelas linhas tradicionais do anterior, recorre ao pensamento para proposições não convencionais e menos estudadas.

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.edu.pt
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@es3.ipset.edu.pt



SAUDE
Escola Superior de Saúde
Enfermagem III

Modelo de Levett-Jones (2010)

- 1. Consider patient situation**
Avaliação inicial que permite identificar as características/variáveis da situação.
- 2. Collect cues/information**
Recolha de toda a informação importante sobre a pessoa. Consulta do processo clínico e de todos os dados disponíveis.
- 3. Process information**
Interpretação da informação compreensão dos aspetos que estão fora do normal/alterados.
- 4. Identify problems/issues**
Síntese da informação e identificação dos problemas/oportunidades/diagnósticos de enfermagem.

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.edu.pt
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@es3.ipset.edu.pt

SAUDE
Escola Superior de Saúde
Enfermagem III

Modelo de Levett-Jones (2010)

- 5. Establish goals**
Estabelecimento dos objetivos, a curto e a médio/longo prazo, considerando as prioridades da situação da pessoa.
- 6. Take actions**
Desenvolvimento das intervenções que irão permitir alcançar os objetivos.
- 7. Evaluate outcomes**
Reavaliação da condição da pessoa (resultados).
- 8. Reflect on process and new learning**
Reflexão estruturada que permite efetuar um balanço de todo o processo.

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.pt
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ipset.pt

SAUDE
Escola Superior de Saúde
Enfermagem III

Avaliação da pessoa/ Recolha de dados

- A Airway:** A via aérea está permeável?
- B Breathing:** A respiração é adequada?
- C Circulation:** A circulação é adequada?
- D Disability:** Qual o nível de consciência?
- E Exposure:** Alguma pista para explicar a condição da pessoa?

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.pt
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ipset.pt

SAUDE
Escola Superior de Saúde
Enfermagem III

Avaliação da pessoa/ Recolha de dados

Thim et al, 2012

Figure 1 The ABCDE approach without the use of equipment.

SAUDE
Escola Superior de Saúde de Setúbal
Enfermagem III

Avaliação da pessoa/ Recolha de dados

Table 2 The ABCDE approach with important assessment points and examples of treatment options

	Assessment
A – Airways	Voice Breath sounds
B – Breathing	Respiratory rate (12–20 min ⁻¹) Chest wall movements Chest percussion Lung auscultation Pulse oximetry (97%–100%)
C – Circulation	Skin color, sweating Capillary refill time (<2 s) Palpate pulse rate (60–100 min ⁻¹) Heart auscultation Blood pressure (systolic: 100–140 mmHg) Electrocardiography monitoring

Thim et al, 2012

SAUDE
Escola Superior de Saúde de Setúbal
Enfermagem III

Avaliação da pessoa/ Recolha de dados

D – Disability	Level of consciousness – AVPU <ul style="list-style-type: none"> • Alert • Voice responsive • Pain responsive • Unresponsive Limb movements Pupillary light reflexes Blood glucose
E – Exposure	Expose skin Temperature

Thim et al, 2012

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.edu.pt
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ipset.edu.pt

SAUDE
Escola Superior de Saúde de Setúbal
Enfermagem III

Mensagens finais

- O RC pode ser entendido como o “coração da enfermagem”. É constituído por arte e por ciência.
- O RC é reflexivo, é criativo e inclui o pensamento crítico aplicado à prática de enfermagem.
- O RC relaciona-se e está contido no Processo de Enfermagem.
- Em adição ao pensamento crítico e ao conhecimento científico, o RC contempla ainda aspetos relacionados com a atitude: intenção, reflexão, curiosidade, tolerância para a ambiguidade, autoconfiança e motivação profissional.
- Desenvolver o RC requer responsabilidade e muita reflexão.

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | es3@ipset.edu.pt
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ipset.edu.pt

 SAUDE
Instituto Politécnico de Setúbal

Enfermagem III

REFERÊNCIAS

ANA (2021) – NURSING – scopes and standards of practice. 4th Edition. ePDF 978-0-9993088-7-5

Carvalho, E. C. D., Oliveira-Kumakura, A. R. D. S., & Morais, S. C. R. V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 662-668.

Higgs, J., Jensen, G.M., Loftus, S., Christensen, N. (2018). *Clinical Reasoning in the Health Professions* (4th ed). Edinburgh: ElsevierHealth Sciences.

Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, 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' patient. *Nurse Education Today*, 30, 515-520. 10.1016/j.nedt.2009.10.020

Lopes, M. J., Mendonça, S., Basto, M. L., & Ramos, A. (2016). Estratégias de raciocínio clínico dos enfermeiros que cuidam de doentes em situação crítica: revisão sistemática da literatura. *RIASE-Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(3), 753-773.

Melo-Dias, C., & Lopes, M. (2010). Raciocínio clínico em enfermagem. *Revista portuguesa de enfermagem*, 21, 33-47.

Johnson, B. M., & Webber, P. B. (2015). *An introduction to theory and reasoning in nursing*. 7th edition.

Melo-Dias, C. (2020). PICOT-clinic, acrónimo para la inferencia del razonamiento clínico en enfermería.

Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical education*, 39(4), 418-427.

Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 66(5), 1151-1158.

Instituto Politécnico de Setúbal | Escola Superior de Saúde | www.ippsetubal.pt
Prof. Diana Mendes | diana.mendes@ippsetubal.pt

2. Recurso pedagógico – Layout Caso Clínico

Hugo Franco



Enfermagem VIII - Cuidados
Continuados e Paliativos



Caso Clínico 4

A Sr. D. AM tem 70 anos, é professora reformada e vive com a sua filha desde que o seu marido faleceu, há cerca de 1 ano.

Tem antecedentes de doença oncológica, diagnosticada em 2013, tendo sido submetida a mastectomia bilateral. Fez quimioterapia, com boa evolução, mantendo-se ativa e a trabalhar como professora do ensino secundário até à idade da reforma.

Por ter comorbilidades, como diabetes, HTA e obesidade, viveu com muita ansiedade e medo os tempos de pandemia. Foi cuidadora, durante este período, do seu marido, com síndrome de fragilidade, que após uma queda e fratura da anca, ficou acamado.

O receio da pandemia e o facto de ficar 'confinada' em casa a cuidar do seu marido, teve repercussões significativas na sua saúde física e mental, não tendo valorizado o cansaço extremo e a tristeza que passou a sentir desde então.

Apesar da situação pandémica ter melhorado, manteve-se isolada em casa, com uma tristeza profunda, pelo facto de o seu marido ter falecido.

Sempre que a filha a ia visitar, notava o seu declínio físico e mental, até que acabou por a levar para a sua casa, na qual vive com os seus dois filhos.

Hoje, a Sra. D. AM é também ela uma pessoa com síndrome de fragilidade, necessitando de apoio nas atividades de vida diária. Tem dias que não reconhece a família e que recusa alimentar-se ou tomar banho.

A filha e os netos estão muito apreensivos e 'assustados'. Para complicar ainda mais esta situação, após exames de vigilância, foi-lhe diagnosticada recidiva da doença oncológica, que progrediu drasticamente.

Perante uma senhora com síndrome de fragilidade e com doença crónica, progressiva e incurável, foi sugerido à filha o apoio por parte da equipa de cuidados paliativos domiciliários, que aceitou.

A filha tem conhecimento da situação da mãe e da necessidade de ajuda, mas não conseguiu ainda encontrar o melhor momento para conversar com a sua família.

- 1) Realize a avaliação sistematizada por prioridades - ABCDEF. (preencha na tabela)
- 2) Da avaliação ABCDEF que realizou, que dados/informações considera anormais para o Sra. D. AM? Sublinhe os dados/informações anormais na tabela.
- 3) Que outros dados/ informações precisaria de recolher para compreender melhor a situação do Sra. D. AM? Registe essas questões na avaliação

	Avaliação / Dados a recolher	Intervenções de Enfermagem (a realizar no final)
A		
B		
C		
D		
E		
F		

- 4) Descreva um exemplo de como relaciona/interpreta os dados/informações recolhidos considerando o caso clínico apresentado.
- 5) Enumere 3 diagnósticos (CIPE) de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem do Sra. D. AM para a intervenção em situação paliativa.
- 6) Enumere os objetivos da sua intervenção.

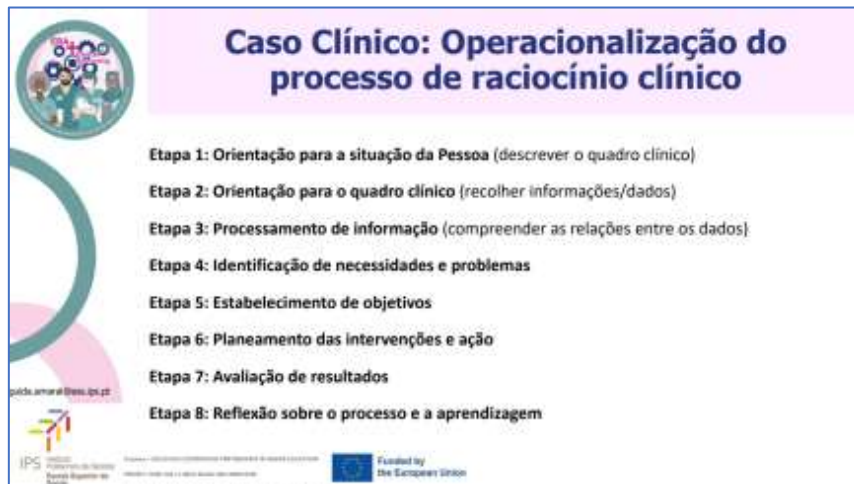
Diagnóstico	Objetivo imediato	Objetivo a longo prazo	Plano terapêutico (se aplicável)
			1. 2. 3.
			1. 2. 3.

- 7) Complete a tabela com os cuidados/intervenções de enfermagem considerando as alterações identificadas na avaliação ABCDEF.
- 8) Prescreva um plano terapêutico misto para cada um dos diagnósticos relacionados com controlo sintomático.

3. Recurso pedagógico – Casos Clínicos

Ana Poeira, Diana Mendes, Fernanda Gomes da Costa Marques, Guida Amaral, Hugo Franco,
Lucília Nunes, Nara Batalha, Paula Leal

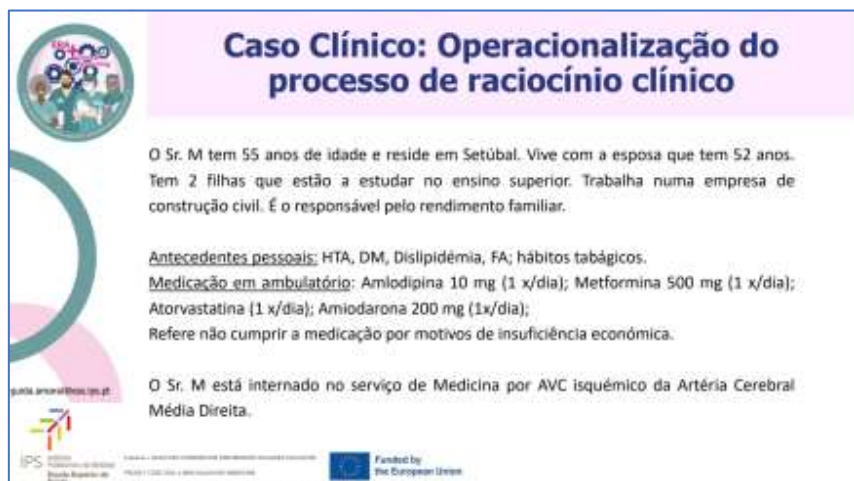
Caso Clínico: Webinar Clinical Reasoning in Nursing/Midwifery



Caso Clínico: Operacionalização do processo de raciocínio clínico

- Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa** (descrever o quadro clínico)
- Etapa 2: Orientação para o quadro clínico** (recolher informações/dados)
- Etapa 3: Processamento de informação** (compreender as relações entre os dados)
- Etapa 4: Identificação de necessidades e problemas**
- Etapa 5: Estabelecimento de objetivos**
- Etapa 6: Planeamento das intervenções e ação**
- Etapa 7: Avaliação de resultados**
- Etapa 8: Reflexão sobre o processo e a aprendizagem**

IPS Instituto Português de Saúde
Fundada by the European Union



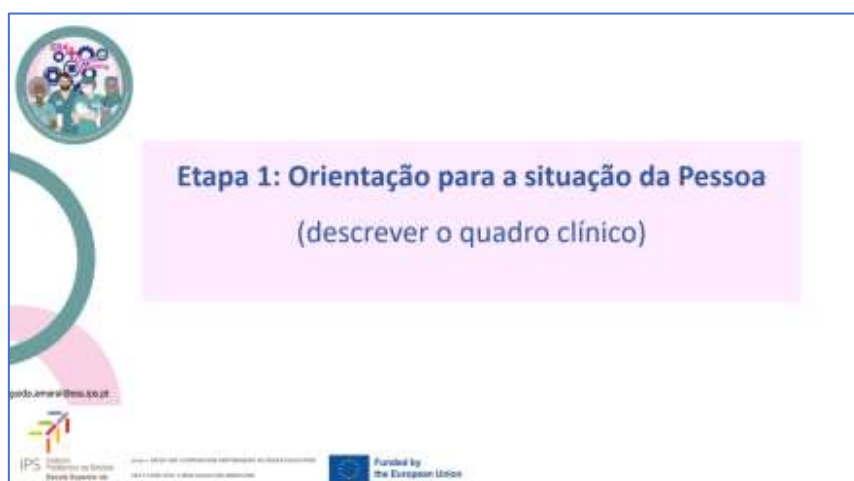
Caso Clínico: Operacionalização do processo de raciocínio clínico

O Sr. M tem 55 anos de idade e reside em Setúbal. Vive com a esposa que tem 52 anos. Tem 2 filhas que estão a estudar no ensino superior. Trabalha numa empresa de construção civil. É o responsável pelo rendimento familiar.

Antecedentes pessoais: HTA, DM, Dislipidemia, FA; hábitos tabágicos.
Medicação em ambulatório: Amlodipina 10 mg (1 x/dia); Metformina 500 mg (1 x/dia); Atorvastatina (1 x/dia); Amiodarona 200 mg (1x/dia);
 Refere não cumprir a medicação por motivos de insuficiência económica.


O Sr. M está internado no serviço de Medicina por AVC isquémico da Artéria Cerebral Média Direita.

IPS Instituto Português de Saúde
Fundada by the European Union





Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa
(descrever o quadro clínico)


IPS Instituto Português de Saúde
Fundada by the European Union



Caso Clínico: Operacionalização do processo de raciocínio clínico

Glasgow 15.
Sinais vitais: PS – 150/85 mmHg; Pulso – 88 bpm, cheio, irregular; FR – 16 cpm; regular, torácica, simétrica; Tª - 36,4°C; Dor 0 (escala numérica).
Mantém hemiparesia à direita (Escala de avaliação da força muscular – Council: MSD 2; MID 3).
Disártrico.
Escala de **Barthelemy**: 65 (dependência moderada)
Escala de **Braden**: 17 (Baixo risco)
Escala de Quedas de **Morse**: 50 (alto risco de queda)
Medicação no internamento: Amlodipina 10 mg PO (1 x/dia); Metformina 500 mg PO (1 x/dia); Atorvastatina PO (1 x/dia); Amlodarona 200 mg PO (1x/dia); AAS 100 mg PO (1x/dia).



 




Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa (descrever o quadro clínico)



Dia 3 de maio de 2023 (17:30)


O Sr. M apresenta-se pálido e sudorético, referindo dor torácica com irradiação ao MSE e mandíbula.




Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)


 **Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)**

A - AIRWAY
Permeável.
Responde às questões.
Sem estridor.



Sr. M.
55 anos

IPS Instituto Português de Saúde
Fundação de Saúde
Rua do Saneamento, 10
1649-016 Lisboa, Portugal
www.ips.gov.pt

Financed by the European Union


 **Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)**

B - BREATHING
FR – 22 cpm; respiração regular, torácica, simétrica.
Sem ruídos respiratórios.
Sem utilização de músculos acessórios;
Sem cianose;
Saturações periféricas de O₂ 98%.



Sr. M.
55 anos

IPS Instituto Português de Saúde
Fundação de Saúde
Rua do Saneamento, 10
1649-016 Lisboa, Portugal
www.ips.gov.pt

Financed by the European Union

 **Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)**

C - CIRCULATION
Pulso – 97 bpm, cheio, irregular.
Tempo preenchimento capilar < 2 seg.
PS – 170/85 mmHg.
Sem perdas hemáticas visíveis.


Sr. M.
55 anos

IPS Instituto Português de Saúde
Fundação de Saúde
Rua do Saneamento, 10
1649-016 Lisboa, Portugal
www.ips.gov.pt

Financed by the European Union

Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)

D - DISABILITY
 Glasgow 15 (4+5+6).
 Pupilas simétricas, isocóricas e isoreativas.
 Hemiparésia à direita (Council: MSD 2; MID 3)
 Glicémia capilar (110 mg/dl).
 Disártrico.

Sr. M.
55 anos

IPS Instituto Português de Saúde
 Faculdade de Saúde
 Escola Superior de Saúde

Funded by
 the European Union

Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)

E - EXPOSURE
 Tº 36,6 ºC.
 Pele pálida e suada.
 Dor 6 (escala numérica), tipo opressão, com irradiação ao MSE e mandíbula; sem fatores de alívio ou agravamento;
 Escala de Braden: 17 (Baixo risco)

Sr. M.
55 anos

IPS Instituto Português de Saúde
 Faculdade de Saúde
 Escola Superior de Saúde

Funded by
 the European Union

Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)


F - FULL SET
 História médica (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA);
 Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (17:30 - ECG - ↑ ST ; Troponina +)
 Última refeição – 13 horas
 Alergias – não tem
 Escala de Barthel: 65 (dependência moderada)
 Escala de Quedas de Morse: 50 (alto risco de queda)
 É o responsável pelo rendimento familiar.
 Refere não cumprir a medicação por motivo de insuficiência económica.

Sr. M.
55 anos

IPS Instituto Português de Saúde
 Faculdade de Saúde
 Escola Superior de Saúde

Funded by
 the European Union

Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)



B - BREATHING
FR – 22 cpm; regular, torácica, simétrica.
Sem ruídos respiratórios.
Sem utilização de músculos acessórios;
Sem cianose
Sp O2 98%.

A - AIRWAY
Permeável.
Responde às questões.
Sem estridor.

C - CIRCULATION
Pulso – 97 bpm, cheio, irregular.
Tempo preenchimento capilar < 2 seg.
PS – 170/85 mmHg.
Sem perdas hemáticas visíveis.


D - DISABILITY
Glasgow 15 (6+5+4).
Pupilas simétricas, isocóricas e isométricas.
Hemiparêse à direita (Council: MSD 2; MID 3)
Glicemia capilar (110 mg/dl).
Disártrico.

F - FULL SET
Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA).
Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. ECG - ↑ ST; Troponina +
Última refeição – 13 horas
Alergias – desconhece
NEWS – 1
Escala de **Bathel**: 65 (dependência moderada)
Escala de **Quedas de Morse**: 30 (alto risco de queda)
Responsável pelo rendimento familiar.
Não cumpre medicação por insuficiência econômica.

E - EXPOSURE
T^{ax} 36,6 °C.
Pele pálida e sudorética.
Dor 6 (escala numérica), tipo opressão, com irradiação ao MSE e mandíbula; sem fatores de alívio ou agravamento;
Escala de Braden: 17 (Baixo risco)

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)



B - BREATHING
FR – 22 cpm; regular, torácica, simétrica.
Sem ruídos respiratórios.
Sem utilização de músculos acessórios;
Sem cianose
Saturações periféricas O2 98%.

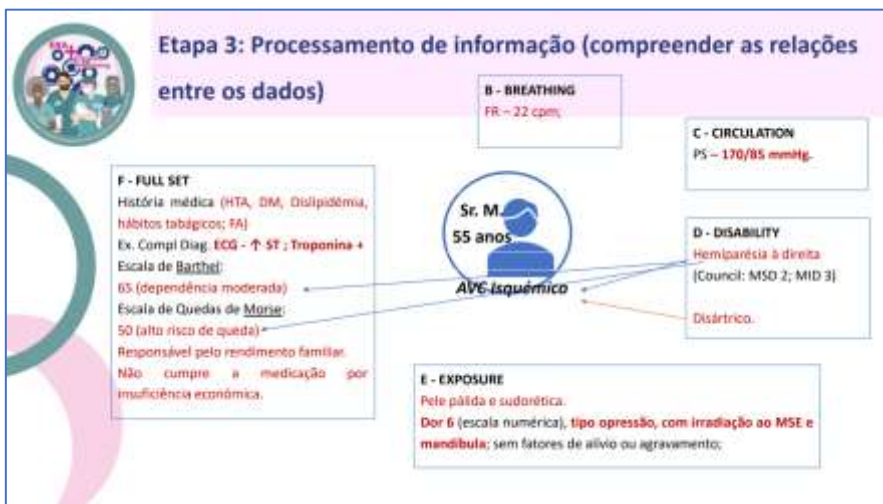
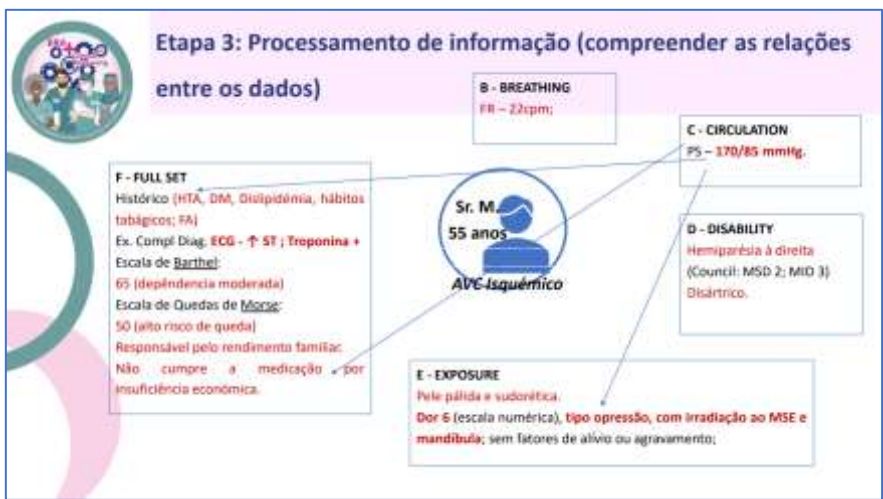
A - AIRWAY
Permeável.
Responde às questões.
Sem estridor.

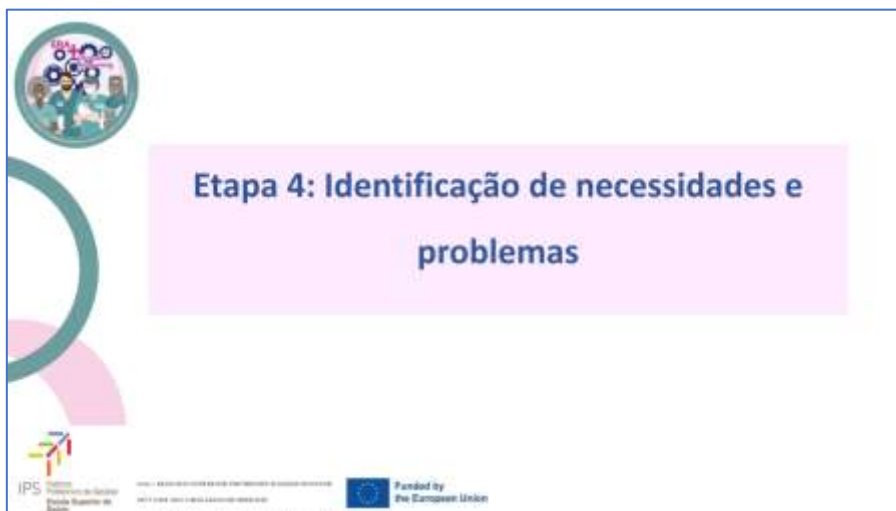
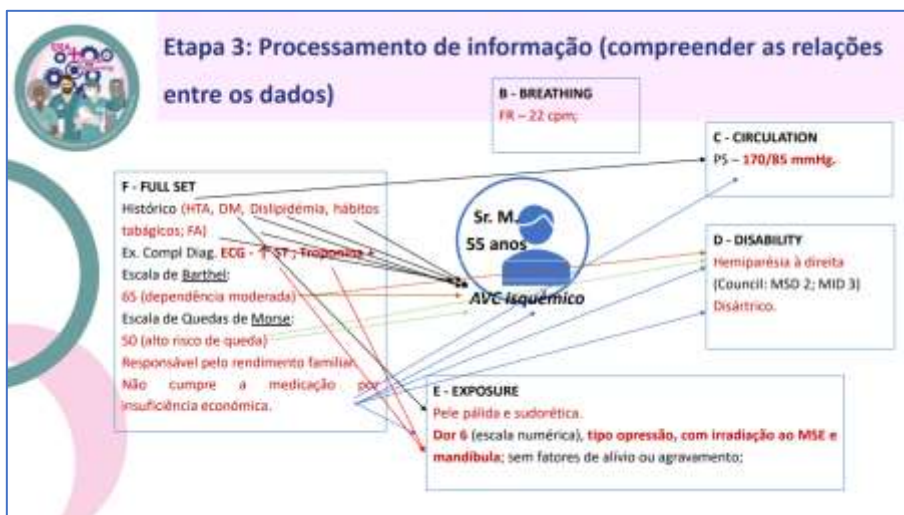
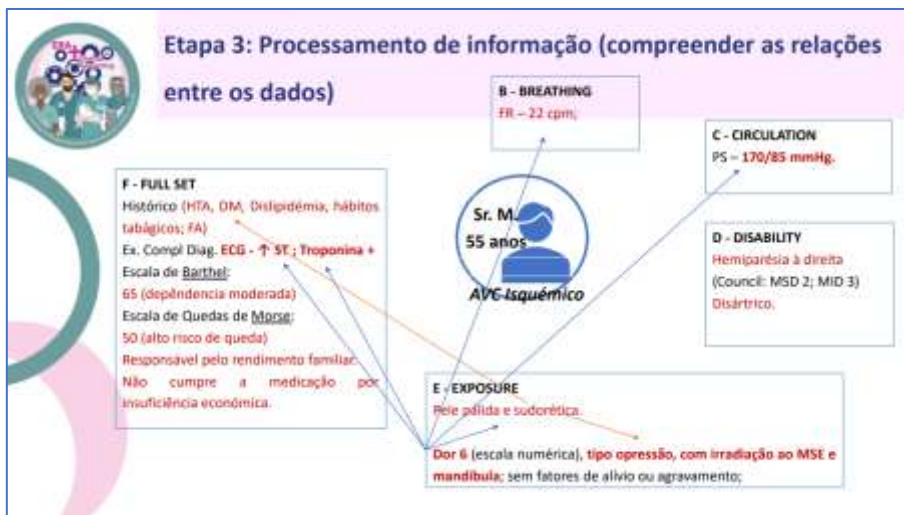
C - CIRCULATION
Pulso – 97 bpm, cheio, irregular.
Tempo preenchimento capilar < 2 seg.
PS – 170/85 mmHg.
Sem perdas hemáticas visíveis.

D - DISABILITY
Glasgow 15 (4+5+6).
Pupilas simétricas, isocóricas e isométricas.
Hemiparêse à direita (Council: MSD 2; MID 3)
Glicemia capilar (110 mg/dl).
Disártrico.

F - FULL SET
Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA).
Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. ECG - ↑ ST; Troponina +
Última refeição – 13 horas
Alergias – desconhece
Escala de **Bathel**: 65 (dependência moderada)
Escala de **Quedas de Morse**: 30 (alto risco de queda)
Responsável pelo rendimento familiar.
Não cumpre a medicação por insuficiência econômica.

E - EXPOSURE
T^{ax} 36,6 °C.
Pele pálida e sudorética.
Dor 6 (escala numérica), **tipo opressão, com irradiação ao MSE e mandíbula**; sem fatores de alívio ou agravamento;
Escala de Braden: 17 (Baixo risco)








Etapa 4: Identificação de necessidades e problemas

- Dor aguda
- Autocuidado comprometido/Mobilidade comprometida
- Comunicação comprometida
- Adesão ao regime terapêutico comprometida
- Auto-imagem/Auto-estima comprometida
- Risco de queda

IPS Instituto Português de Saúde Pública Doutor Ricardo Jorge


Funded by the European Union



Etapa 5: Estabelecimento de objetivos

IPS Instituto Português de Saúde Pública Doutor Ricardo Jorge

Funded by the European Union




Etapa 5: Estabelecimento de objetivos

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos imediatos	Objetivos a longo prazo
Dor aguda	Diminuir a dor em 30 minutos (de 6 para 3 na escala numérica)	Sem dor
Autocuidado comprometido/ Mobilidade comprometida	Diminuir grau de dependência em 1 semana (Barthel >65) Diminuir risco de queda em 1 semana (Morse <50) Aumentar força muscular em 1 semana (Council MSD>2 MID>3)	Diminuir grau de dependência (Barthel 100) Diminuir risco de queda (Morse 0) Aumentar força muscular (Council MSD 5 MID 5)
Comunicação comprometida		Comunicação eficaz Sem disartria
Adesão ao regime terapêutico comprometido	Cumprir o regime terapêutico no internamento	Aderir ao regime terapêutico no domicílio
Auto- imagem/Auto-estima comprometida		Autoimagem efetiva

IPS Instituto Português de Saúde Pública Doutor Ricardo Jorge

Funded by the European Union




Etapa 7: Avaliação de resultados

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados (considerando o estado anterior da Pessoa)
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none">- Dor de intensidade 2 (escala numérica) após 30 minutos da administração de terapêutica analgésica.- Desconforto torácico, sem irradiação ao MSE ou mandíbula; sem fatores de alívio ou agravamento;

IPS Instituto Português de Saúde
Centro de Estudos de Saúde Pública e Saúde Comunitária
Rua da Restauração, 109
1050-180 Lisboa, Portugal
Tel: +351 21 314 20 000 Fax: +351 21 314 20 001
www.ips.pt

Funded by the European Union




Etapa 8: Reflexão sobre o processo e a aprendizagem

ips.ipsa@ipsa.ips.pt

IPS Instituto Português de Saúde
Centro de Estudos de Saúde Pública e Saúde Comunitária
Rua da Restauração, 109
1050-180 Lisboa, Portugal
Tel: +351 21 314 20 000 Fax: +351 21 314 20 001
www.ips.pt


Funded by the European Union

Caso Clínico: World Café Clinical Reasoning in Nursing




Etapas do modelo:

- Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa** (descrever o quadro clínico)
- Etapa 2: Orientação para o quadro clínico** (recolher informações/dados)
- Etapa 3: Processamento de informação** (compreender as relações entre os dados)
- Etapa 4: Identificação de necessidades e problemas**
- Etapa 5: Estabelecimento de objetivos**
- Etapa 6: Planeamento das intervenções e ação**
- Etapa 7: Avaliação de resultados**
- Etapa 8: Reflexão sobre o processo e a aprendizagem**



Vandervoort et al., 2022





Caso Clínico

O Sr. F tem 65 anos de idade e reside em Setúbal. Viúvo. Tem 4 filhos. Os dois filhos mais velhos trabalham e os dois filhos menores ainda estão a estudar. É carpinteiro.

Antecedentes pessoais: HTA, DM, Dislipidemia, FA; Insuficiência cardíaca (II segundo a NYHA); hábitos tabágicos (25 UMA); Depressão.

Medicação em ambulatório: Amlodipina 10 mg (1x/dia); Metformina 500 mg (3x/dia); Atorvastatina (1x/dia); Amiodarona 200 mg (1x/dia); Furosemida 40 mg (1 x/dia); Fluoxetina 20 mg PO (1x/dia); Xarelto 20 mg 1 x/dia.


O Sr. F. recorreu ao Serviço de Urgência no dia 27 de maio por edema dos membros inferiores e cansaço a esforços. Ficou internado no Serviço de Medicina por **Insuficiência cardíaca descompensada**.





Caso Clínico


Na avaliação inicial, no Serviço de Medicina, percebe-se que o rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

Medicação no internamento: Amlodipina 10 mg (1 x/dia); Metformina 500 mg (3 x/dia); Atorvastatina (1 x/dia); Amiodarona 200 mg (1x/dia); Furosemida EV 20 mg (8/8horas); Fluoxetina 20 mg PO (1x/dia); Captopril 6.25 mg PO (3x/dia); Digoxina 0,125 mg PO (1x/dia); Enoxaparina 40mg x/dia.





Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa (descrever o quadro clínico)



Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa (descrever o quadro clínico)


Glasgow 15.

Sinais vitais: PS – 170/80 mmHg; Pulso – 106 bpm, cheio, irregular; FR – 18 cpm; regular, torácica, simétrica; Temperatura – 37,5°C; Dor 2 (escala numérica).

Escala de Barthelemy: 85 (Dependência leve)


Escala de Braden: 21 (Baixo risco)

Escala de Quedas de Morse: 35 (Baixo risco de queda)



Etapa 1: Orientação para a situação da Pessoa (descrever o quadro clínico)


No dia 30 de maio, após a transição de cuidados (9 horas), encontramos o Sr. F. com dispneia, agitado, suado e com cianose labial.



Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)

IPS Instituto Português de Saúde
Unidade Regional do Oeste
Rua da Liberdade, 1000 - 1200-000 Lisboa
Tel: +351 21 314 00 000
www.ips.gov.pt

Funded by the European Union



Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)

A (Airway) – Permeável; Responde às questões; Sem estridor.


B (Breathing) – FR – 22 cpm; Irregular, mista, simétrica; ferveores bilaterais; com utilização de músculos acessórios; com cianose labial; SpO2 85% (ar ambiente).

C (Circulation) – Pulso – 126 bpm, cheio, Irregular; PS – 200/110 mmHg; TC sugestivo de fibrilhação auricular com resposta rápida; Tempo preenchimento capilar < 2 seg. Sem perdas hemorrágicas visíveis.

D (Disability) – ECG – 15 (4+5+6); pupilas simétricas, isocóricas e isoreativas; Glicemia capilar (98 mg/dl).

E (Exposure) – T_{fe} 39 °C; Pele suada; Dor 2 (escala numérica) região dorsal direita, que aumenta com a inspiração.

F (Full set) – História médica (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; IC; FA); Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag; Última refeição; Alergias. RX (hipotransparência base direita); Análises (PCR 15).



Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)

Exames complementares de diagnóstico:

	27/5/2023	30/5/2023
RX Tórax	Cardiomegália	Hipotransparência base direita);
ECG	FA c/ RVC	FA c/ RVR
BNP (peptídeo natriurético tipo B)	520 pg/ml	955 pg/ml
PCR	21 mg/L	37 mg/L
Gasimetria	pH - 7.30 ↓ pO2 - 75 mmHg ↓ pCO2 - 50 mmHg ↑	pH - 7.27 ↓ pO2 - 70 mmHg ↓ pCO2 - 53 mmHg ↑


IPS Instituto Português de Saúde
Unidade Regional do Oeste
Rua da Liberdade, 1000 - 1200-000 Lisboa
Tel: +351 21 314 00 000
www.ips.gov.pt

Etapa 2: Orientação para o quadro clínico (recolher informações/dados)

B - BREATHING
FR – 22 cpm; Irregular, mista, simétrica.
Fervores bilaterais
Utilização de músculos acessórios;
Cianose labial
Sp O2 85% (ar ambiente)

A - AIRWAY
Permeável.
Responde às questões.
Sem estridor.

C - CIRCULATION
Pulso – 126 bpm, cheio, irregular.
TC sugestivo FARVR
Tempo preenchimento capilar < 2 seg. PS – 200/100 mmHg.
Sem perdas hemáticas visíveis.



Sr. F.
65
anos

F - FULL SET
Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA; IC, depressão);
Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (RX - hipotransparência base direita; Análises - PCR 15).
Última refeição – 12:30 horas
Alergias – desconhece
Escala de Barthel: 85 (dependência leve)
Escala de Quedas de Morse: 35 (baixo risco de queda)
Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

E - EXPOSURE
T_{ax} 39 °C.
Pele suada.
Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração;
Escala de Braden: 21 (Baixo risco)

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

Etapa 3: Processamento de informação
(compreender as relações entre os dados)

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

B - BREATHING
FR – 22 cpm; Irregular, mista, simétrica.
Fervores bilaterais.
Utilização de músculos acessórios.
Cianose labial.
Sp O2 85% (ar ambiente).

A - AIRWAY
Permeável.
Responde às questões.
Sem estridor.

C - CIRCULATION
Pulso – 126 bpm, cheio, irregular.
TC sugestivo FARVR.
Tempo preenchimento capilar < 2 seg.
PS – 200/100 mmHg.
Sem perdas hemáticas visíveis.



Sr. F.
65
anos

F - FULL SET
Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA, IC, depressão);
Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (RX - hipotransparência base direita; Análises - PCR 15).
Última refeição – 12:30 horas
Alergias – desconhece
Escala de Barthel: 85 (dependência leve)
Escala de Quedas de Morse: 35 (baixo risco de queda)
Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

E - EXPOSURE
T_{ax} 39 °C.
Pele suada.
Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração;
Escala de Braden: 21 (Baixo risco)

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

B - BREATHING
FR – 22 cpm; irregular, mista, simétrica.
Fervores bilaterais.
Utilização de músculos acessórios.
Cianose labial.
Sp O2 85% (ar ambiente).

C - CIRCULATION
Pulso – 126 bpm
TC sugestivo FARVR.
PS – 200/100 mmHg.

F - FULL SET
Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA; IC, depressão);
Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (RX - hipotransparência base direita; Análises - PCR 15).
Escala de Bartel: 85 (dependência leve)
Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

E - EXPOSURE
T₁ 39 °C.
Pele suada.
Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração.

Sr. F.
65
anos
IC descompensada

IPS Instituto Paulista de Saúde

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

B - BREATHING
FR – 22 cpm; irregular, mista, simétrica.
Fervores bilaterais.
Utilização de músculos acessórios.
Cianose labial.
Sp O2 85% (ar ambiente).

C - CIRCULATION
Pulso – 126 bpm
TC sugestivo FARVR.
PS – 200/100 mmHg.

F - FULL SET
Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA; IC, depressão);
Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (RX - hipotransparência base direita; Análises - PCR 15).
Escala de Bartel: 85 (dependência leve)
Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

E - EXPOSURE
T₁ 39 °C.
Pele suada.
Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração.

Sr. F.
65
anos
IC descompensada

IPS Instituto Paulista de Saúde

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

B - BREATHING
FR – 22 cpm; Irregular, mista, simétrica.
Fervores bilaterais.
Utilização de músculos acessórios.
Cianose labial.
Sp O2 85% (ar ambiente).

C - CIRCULATION
Pulso – 126 bpm
TC sugestivo FARVR.
PS – 200/100 mmHg.

F - FULL SET
Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA; IC, depressão);
Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (RX - hipotransparência base direita; Análises - PCR 15).
Escala de Bartel: 85 (dependência leve)
Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

E - EXPOSURE
T₁ 39 °C.
Pele suada.
Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração.

Sr. F.
65
anos
IC descompensada

IPS Instituto Paulista de Saúde

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

B - BREATHING
 FR – 22 cpm; Irregular, mista, simétrica.
 Fervores bilaterais.
 Utilização de músculos acessórios.
 Cianose labial.
 Sp O2 85% (ar ambiente).

C - CIRCULATION
 Pulso – 126 bpm
 TC sugestivo FARVR.
 PS – 200/100 mmHg.

F - FULL SET
 Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA, IC, depressão);
 Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (RX - hipotransparência base direita; Análises - PCR 15).
 Escala de Barthel: 85 (dependência leve)
 Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

E - EXPOSURE
 T_a 39 °C.
 Pele suada.
 Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração.

Sr. F.
 65 anos
 IC descompensada

IPS
 Instituto de Pós-Graduação
 Escola Superior de Saúde

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

B - BREATHING
 FR – 22 cpm; Irregular, mista, simétrica.
 Fervores bilaterais.
 Utilização de músculos acessórios.
 Cianose labial.
 Sp O2 85% (ar ambiente).

C - CIRCULATION
 Pulso – 126 bpm
 TC sugestivo FARVR.
 PS – 200/100 mmHg.

F - FULL SET
 Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA, IC, depressão);
 Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (RX - hipotransparência base direita; Análises - PCR 15).
 Escala de Barthel: 85 (dependência leve)
 Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

E - EXPOSURE
 T_a 39 °C.
 Pele suada.
 Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração.

Sr. F.
 65 anos
 IC descompensada

IPS
 Instituto de Pós-Graduação
 Escola Superior de Saúde

Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

B - BREATHING
 FR – 22 cpm; Irregular, mista, simétrica.
 Fervores bilaterais.
 Utilização de músculos acessórios.
 Cianose labial.
 Sp O2 85% (ar ambiente).

C - CIRCULATION
 Pulso – 126 bpm
 TC sugestivo FARVR.
 PS – 200/100 mmHg.

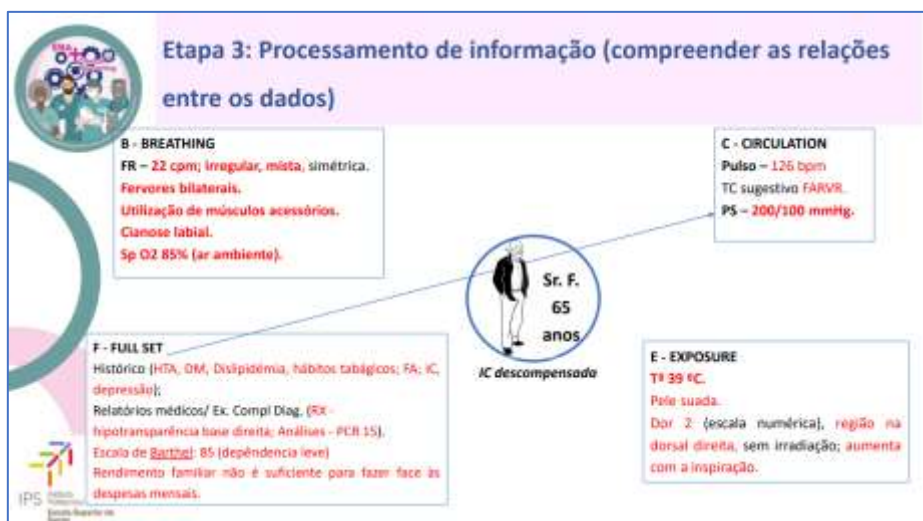
F - FULL SET
 Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA, IC, depressão);
 Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (RX - hipotransparência base direita; Análises - PCR 15).
 Escala de Barthel: 85 (dependência leve)
 Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

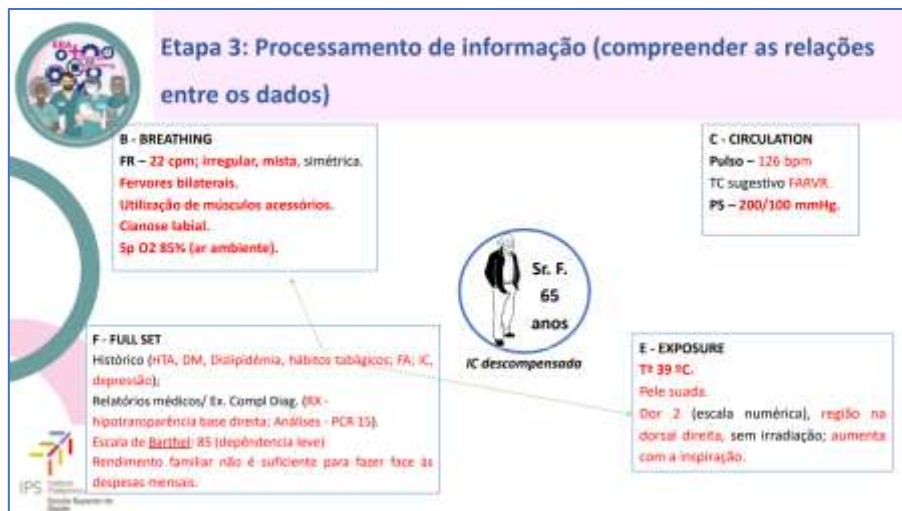
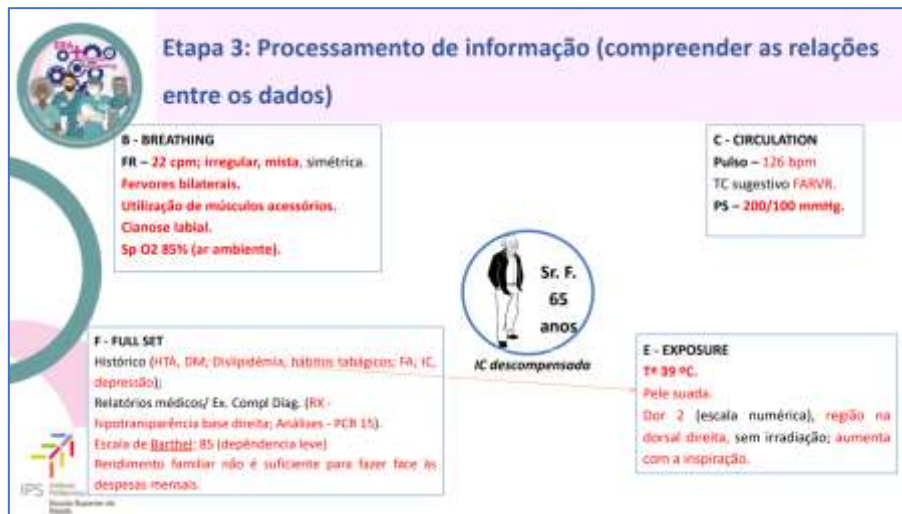
E - EXPOSURE
 T_a 39 °C.
 Pele suada.
 Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração.

Sr. F.
 65 anos
 IC descompensada

IPS
 Instituto de Pós-Graduação
 Escola Superior de Saúde







Etapa 3: Processamento de informação (compreender as relações entre os dados)

B - BREATHING
 FR – 22 cpm; irregular, mista, simétrica.
 Fervores bilaterais.
 Utilização de músculos acessórios.
 Cianose labial.
 Sp O2 85% (ar ambiente).

C - CIRCULATION
 Pulso – 126 bpm
 TC sugestivo FARVR.
 PS – 200/100 mmHg.

F - FULL SET
 Histórico (HTA, DM, Dislipidemia, hábitos tabágicos; FA; IC; depressão);
 Relatórios médicos/ Ex. Compl Diag. (Kx – hipotransparência base direita; Análises - PCR 15);
 Escala de Barthel: 85 (dependência leve)
 Rendimento familiar não é suficiente para fazer face às despesas mensais.

E - EXPOSURE
 T* 39 °C.
 Pele suada.
 Dor 2 (escala numérica), região na dorsal direita, sem irradiação; aumenta com a inspiração.

Sr. F.
 65 anos
 IC descompensada

IPS Instituto Português de Saúde
 Escola Superior de Saúde

Etapa 4: Identificação de necessidades e problemas

IPS Instituto Português de Saúde
 Escola Superior de Saúde

Financed by the European Union


Etapa 4: Identificação de necessidades e problemas

Trocas gasosas comprometidas
 Processo do sistema respiratório comprometido

Febre atual
 Autocuidado comprometido ? (dependência leve segundo Barthel)
 Papel parenteral comprometido

Adesão ao regime terapêutico comprometida


IPS Instituto Português de Saúde
 Escola Superior de Saúde



Etapa 5: Estabelecimento de objetivos

IPS Instituto Português de Saúde
Unidade Regional do Oeste

Funded by the European Union




Etapa 5: Estabelecimento de objetivos

Diagnósticos de Enfermagem	Objetivos imediatos	Objetivos a longo prazo
Trocas gasosas comprometidas	Aumentar SpO2 >96%.	Manter SpO2 >96% Sem sinais de dificuldade respiratória
Febre atual	Diminuir Tª corporal timpânica < 37,5°C	Manter Tª corporal timpânica < 37°C
Adesão ao regime terapêutico comprometido	Cumprir o regime terapêutico no internamento	Aderir ao regime terapêutico no domicílio

IPS Instituto Português de Saúde
Unidade Regional do Oeste

Funded by the European Union




Etapa 6: Planeamento das intervenções e ação

TROCAS GASOSAS COMPROMETIDAS



IPS Instituto Português de Saúde
Unidade Regional do Oeste

Funded by the European Union




Etapa 6: Planeamento das intervenções e ação

- Avaliar as características da respiração dor (FR; amplitude, ritmo, simetria, localização);
- Avaliar sinais de esforço respiratório (utilização de músculos acessórios; adejo nasal; cianose labial);
- Avaliar SpO2;
- Informar Pessoa;
- Posicionar a Pessoa (semi-fowler/fowler/sentado/**MI pendentes**);
- Administrar oxigenoterapia para SpO2 alvo 96%;
- Implementar métodos farmacológicas (segundo prescrição médica) (diuréticos, corticoides; nitratos, VMNI...);
- Proporcionar conforto;
- Monitorizar as características da respiração, sinais de esforço respiratório e SpO2.





Funded by the European Union




Etapa 6: Planeamento das intervenções e ação

FEBRE ATUAL





Funded by the European Union




Etapa 6: Planeamento das intervenções e ação

- Avaliar T^o corporal (timpânica);
- Informar Pessoa;
- Implementar métodos não farmacológicos (arrefecimento corporal/ arrefecimento ambiente);
- Implementar métodos farmacológicas (segundo prescrição médica) (antipiréticos)
- Proporcionar conforto;
- Monitorizar T^o corporal;




Funded by the European Union




Etapa 7: Avaliação de resultados

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados (considerando o estado anterior da Pessoa)
Trocas gasosas comprometidas	- FR 18 cpm; regular, simétrica, localização torácica - Sem sinais de esforço respiratório - SpO2 96%
Febre atual	- Tª timpânica 37,5°C
Adesão ao regime terapêutico comprometido	- Cumpriu terapêutica prescrita




IPS Instituto Português de Saúde
Pública e Segurança da Saúde

Funded by the European Union



Etapa 8: Reflexão sobre o processo e a aprendizagem



IPS Instituto Português de Saúde
Pública e Segurança da Saúde

Funded by the European Union

Caso Clínico: Students Training Course



Caso Clínico

O Sr. RC tem 79 anos é casado, não tem filhos e era funcionário dos CTT.

Encontra-se inscrito numa UCSP na zona de Setúbal e após um episódio de AVC Hemorrágico tem sido cuidado no domicílio. Tem apoio da esposa para as atividades de vida diárias e apoio domiciliário para cuidados de higiene e conforto.

Tem como **antecedentes pessoais de saúde**: Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes Mellitus (DM) não insulino-tratada. Desconhece doenças no período da infância e alergias alimentares ou medicamentosas. Vacinação em conformidade com o PNV. Nega intervenção cirúrgica. História de internamento hospitalar devido ao AVC hemorrágico. Encontra-se a fazer medicação para controlo da hipertensão arterial e da Diabetes.

Desconhece **história familiar** de saúde relevante e motivo de falecimento dos avós e pais.

O Senhor apresenta-se calmo, consciente e orientado na pessoa, espaço e tempo. Encontra-se com disartria e apresenta hemiparesia esquerda de predomínio braquial.

Durante a realização da **avaliação inicial** foram obtidas as seguintes informações relativas às Necessidades Humanas e scores das escalas aplicadas:

Respiração: eupneico; 16 cpm, regular, torácica, simétrica, amplitude normal; Saturação periférica de O₂ - 96% em ar ambiente. Sem tosse.

Alimentação: Ajuda parcial, dieta diabética e sem sal de consistência mole. Faz 6 refeições por dia. Não ingere bebidas alcoólicas.

Eliminação: Continente. Eliminação urinária no absorvente (urina clara, sem sedimento com cheiro *sui generis*). Eliminação intestinal no absorvente (fezes de cor castanha, consistência pastosa e cheiro *sui generis*).

Higiene/Conforto e Integridade cutânea: Ajuda total nos cuidados de higiene (realizado pela equipa de apoio domiciliário). Escala Braden - 13 (Risco moderado). Apresenta na região sagrada uma úlcera por pressão (UPP) de 5x6x6cm, com as seguintes características: 10% de tecido desvitalizado e 90% de tecido de granulação com exsudado purulento em abundante quantidade. Bordos regulares. Têm sido prestados os cuidados à UPP com Silvercel® e protetor cutâneo para os bordos da ferida de 2 em 2 dias

Exercício e atividade: Ajuda total para transferência para o cadeirão e posicionamentos no leito. Escala Barthel - 30 (dependência grave); Escala de Council - MSD (4); MID (2); MSE (2); MIE (2).

Comunicação e multiculturalidade: Com disartria. Escala Coma Glasgow - 15 (4 abertura ocular; 5 Resposta verbal; 6 resposta motora).

Sono e repouso: Dorme 8 horas por noite sem auxílio de medicação. Descansa por períodos durante o dia.

Segurança: Reside num rés-do-chão. Não causa danos a si próprio nem aos outros. Faz check-up médico anual. Escala Morse - 15 (baixo risco de queda)

Vivência da sexualidade: Sem informação.

Lidar com a morte: Sem informação.

Autoimagem: Apresenta atitudes e sentimentos positivos sobre si.

Crenças, valores e espiritualidade: Sem informação.

Lazer e recrear-se: Não gosta de sair do quarto.

Participação e interação social: Sem informação.

Mecanismos de adaptação: Sem informação.

Foram recolhidos com a esposa os seguintes **dados antropométricos** (informação anterior ao internamento):

- Peso - 85 kg

- Altura - 160 cm

A avaliação de **sinais vitais** é realizada uma vez por semana. Na tabela seguinte encontram-se os sinais vitais avaliados no dia 19 de junho de 2023:

Pressão Sanguínea	Pulso	Frequência Respiratória	Temperatura	Dor
120/69 mmHg	87 bpm, ritmico e forte	16 cpm, regular, torácica, simétrica, amplitude normal	36,5°C	3 (escala numérica)

No dia 19 de junho foram ainda avaliados os seguintes parâmetros:

Saturação periférica de O₂ - 96% em ar ambiente

Glicémia capilar (em jejum) - 126 mg/dl

ETAPA 1: ORIENTAÇÃO PARA A SITUAÇÃO DA PESSOA (DESCREVER O QUADRO CLÍNICO)**Dia 26 de junho de 2023**

No dia 26 de junho, à chegada ao domicílio, o Sr. RC refere situação de mal-estar inespecífico assim como outros sinais e sintomas que foram identificados pelo enfermeiro e estudante de Enfermagem como polidipsia, poliúria e polifagia.

ETAPA 2: ORIENTAÇÃO PARA O QUADRO CLÍNICO (RECOLHER INFORMAÇÕES/DADOS)

A (Airway) – Permeável; Responde às questões; Sem estridor.

B (Breathing) – FR 20 cpm; regular, torácica, simétrica, amplitude normal; sem cianose; Saturações periféricas de O₂ - 97% em ar ambiente.

C (Circulation) – Pulso 110 bpm, cheio, rítmico; PS 140/79 mmHg; Sem perdas hemorrágicas visíveis.

D (Disability) – Escala de Coma de Glasgow 15 (4+5+6); pupilas simétricas, isocóricas e isoreativas; Glicémia capilar (320 mg/dl).

E (Exposure) – T = 37,8 °C; Pele suada; Dor 5 (escala numérica); UPP na região sagrada (5x6x6 cm) com 10% de tecido desvitalizado e 90% de tecido de granulação com exsudado purulento em abundante quantidade. Bordos regulares.

F (Full set) – História médica (HTA, DM); Sem acesso a relatórios médicos/ Exames Complementares de Diagnóstico; Última refeição; Desconhece alergias;

- Escala Coma Glasgow - 15 (4 abertura ocular; 5 resposta verbal; 6 resposta motora). Com disartria.

- Escala Braden - 13 (Risco moderado).

- Escala Barthel - 30 (dependência grave) Ajuda total para transferência para o cadeirão e posicionamentos no leito.; Ajuda parcial na alimentação; Ajuda total nos cuidados de higiene.

- Escala de Council - MSD (4); MID (2); MSE (2); MIE (2).

- Escala Morse - 15 (baixo risco de queda).

ETAPA 3: PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO (COMPREENDER AS RELAÇÕES ENTRE OS DADOS)

Algoritmo ABCDE	questões para estimular o raciocínio clínico dos/das estudantes e estabelecer relações entre dados
Avalie a Via aérea: A (Airway)	O Sr. RC está consciente? Conversa consigo? Tem via aérea obstruída? Tem estridor?
Avalie a respiração: B (Breathing)	Identifica-se um ligeiro aumento da frequência respiratória (20 cpm), porém a saturação periférica (97%) mantém um valor elevado em ar ambiente. A que se poderá dever esta ligeira subida da FR? H1: emocionou-se H2: sente dor? H3: será um mecanismo compensatório? Tem sons respiratórios? (roncos, sibilos, ferveores) Tem sinais de hipoxémia?
Avalie a circulação: C (Circulation)	Identifica-se um ligeiro aumento da frequência cardíaca (110 bpm, cheio, rítmico;) e da pressão sanguínea (140/79 mmHg). O Sr. RC tem antecedentes de HTA: H1: Não terá tomado a medicação? H2: Está “irritado” porque não consegue explicar-se? H3: A dieta deixou de ser hipossalina?
Avalie a disfunção neurológica: D (Disability)	O Sr. RC está consciente e orientado nas diferentes dimensões? O que sabemos sobre a avaliação neurológica pós AVC? Perante a glicémia capilar elevada, o que equaciona? H1: O Sr. RC não tomou o antidiabético oral? H2: Será um mecanismo compensatório? H3: Terá o Sr. RC comido muitos alimentos doces?

Avalie a exposição: E (exposure)	A que se poderá dever o aumento de temperatura? E o aumento da dor?
<i>Avalie Full Setting: F (Full Set of Signs)</i>	Que problemas podem advir destas necessidades alteradas? Sabendo que o Sr. RC tem um score de 30 (Barthel), qual a sua tradução face ao grau de dependência? Que riscos podem surgir devido à dependência e imobilidade no leito? H1: Estase de secreções? H2: Risco de flebitis? H3: Risco de UPP?

ETAPA 4: IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES E PROBLEMAS

- Hiperglicemia atual
- Úlcera de Pressão atual
- Mobilidade/transferência comprometida
- Comunicação alterada em grau moderado
- Auto-cuidado Higiene comprometido
- Risco úlcera de pressão

ETAPA 5: ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS

Diagnósticos	Resultado esperado a curto prazo (objetivo)	Resultado esperado a longo prazo (objetivo)
Hiperglicémia atual	Hiperglicémia melhorada	Hiperglicémia ausente
Úlcera de Pressão atual	Úlcera de Pressão melhorada	Úlcera de Pressão ausente
Mobilidade comprometida	Mobilidade melhorada	Mobilidade melhorada
Comunicação alterada em grau moderado	Comunicação melhorada	Comunicação eficaz

ETAPA 6: PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES E AÇÃO

Diagnósticos	Intervenções
Hiperglicémia atual	Avaliar glicémia capilar; Instruir a família sobre a avaliação de glicémia; Articular com equipa multiprofissional (Médico); Ensinar a Pessoa/família sobre sinais e sintomas de hiper e hipoglicémia; Educar sobre o processo de doença; Educar sobre regime dietético.
Úlcera de Pressão atual	Avaliar características da úlcera de Pressão; Prestar cuidados à úlcera de Pressão; Registar a evolução da úlcera de Pressão; Avaliar a integridade da pele; Promover a higiene da pele; Instruir sobre alimentação e hidratação; Instruir sobre cuidados à pele.

<p>Mobilidade comprometida</p>	<p>Avaliar conhecimento da Pessoa e família face ao processo de reabilitação; Avaliar mobilidade (Ex: Council; Berg...); Ensinar Pessoa e família face à doença; Reorientar a Pessoa para ter consciência do corpo; Instruir sobre posicionamentos; Posicionar a Pessoa (ajustar horário à dinâmica diária no domicílio); Instruir sobre movimentos articulares passivos; Proporcionar momentos de repouso; Articular com equipa multiprofissional (Fisioterapeuta).</p>
<p>Comunicação alterada em grau moderado</p>	<p>Avaliar défices cognitivos (Ex: Escala coma Glasgow; alterações da linguagem...) Estabelecer relação de ajuda através da mobilização de atitudes relacionais de ajuda; Encorajar a comunicação / Incentivar a fala; Incentivar Pessoa a expressar sentimentos; Facilitar a capacidade de compressão e/ou expressão através da utilização de recursos alternativos como imagens; Providenciar informações por via oral e por escrito; Repetir ou reforçar a mensagem; Providenciar apoio emocional; Mostrar disponibilidade e processo durante o processo de reabilitação. Ensinar pessoa e família face à doença; Articular com equipa multiprofissional (Terapeuta da fala) Incentivar pessoa a aderir ao regime de reabilitação;</p>

ETAPA 7: AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Diagnósticos	Resultado
<p>Hiperglicémia atual</p>	<p>Glicémia capilar - 120 mg/dl. Sem sinais e sintomas de hiper/hipoglicémia.</p>
<p>Úlcera de Pressão atual</p>	<p>Úlcera de pressão 3x2x2 na região sacrococcígea (sem sinais inflamatórios: (5% de tecido desvitalizado e 95% de tecido de granulação; sem exsudado).</p>
<p>Mobilidade comprometida</p>	<p>Tolera levante durante 3 horas.</p>
<p>Comunicação alterada em grau moderado</p>	<p>Mantém disartria.</p>

ETAPA 8: REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO E A APRENDIZAGEM

A realizar pelos(as) estudantes sob orientação do/da docente.

4. Teaching and Learning Clinical Reasoning in Nursing Education: A Student Training Course

Ana Poeira, Diana Mendes, Fernanda Gomes da Costa Marques, Guida Amaral, Hugo Franco, Lucília Nunes, Nara Batalha, Paula Leal



Brief Report

Teaching and Learning Clinical Reasoning in Nursing Education: A Student Training Course

Paula Leal ¹, Ana Poeira ^{2,3}, Diana Arvelos Mendes ^{2,3}, Nara Batalha ^{2,4}, Hugo Franco ², Lucília Nunes ^{2,3}, Fernanda Marques ^{2,3}, Ljubiša Pađen ^{5,6}, Małgorzata Stefaniak ⁷, Ana Pérez-Perdomo ⁸, Lore Bangels ⁹, Kathleen Lemmens ¹⁰ and Guida Amaral ^{2,11,*}

¹ ESEL Nursing School of Lisbon, 1600-190 Lisbon, Portugal; leal2@esel.pt

² Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Campus do IPS—Estefanilha, 2910-470 Setúbal, Portugal; ana.poeira@ess.ips.pt (A.P.); diana.mendes@ess.ips.pt (D.A.M.); nara.batalha@ess.ips.pt (N.B.); hugo.franco@ess.ips.pt (H.F.); lucilia.nunes@ess.ips.pt (L.N.); fernanda.gomes@ess.ips.pt (F.M.)

³ Comprehensive Health Research Centre [CHRC], 1150-082 Lisbon, Portugal

⁴ Unidade Local de Saúde da Arrábida, EPE—Hospital São Bernardo, 2910-446 Setúbal, Portugal

⁵ Faculty of Health Sciences, University of Ljubljana, 1000 Ljubljana, Slovenia; ljubisa.paden@zf.uni-lj.si

⁶ Division of Nursing, Midwifery and Social Work, The University of Manchester, Manchester M13 9PL, UK

⁷ Faculty of Health Sciences, Medical University of Warsaw, 02-091 Warsaw, Poland;

malgorzata.stefaniak@wum.edu.pl

⁸ Hospital Clinic of Barcelona, Fundacio Clinic per a la Recerca Biomedica, 08036 Barcelona, Spain;

anperez@clinic.cat

⁹ University Colleges Leuven-Limburg, 3590 Diepenbeek, Belgium; lore.bangels@ucll.be

¹⁰ HBO Verpleegkunde Genk, 3600 Genk, Belgium; kathleen.lemmens@verpleegopleiding-genk.be

¹¹ Comprehensive Health Research Centre [CHRC], 7002-554 Évora, Portugal

* Correspondence: guida.amaral@ess.ips.pt; Tel.: +351-265-709-300



Citation: Leal, P.; Poeira, A.; Mendes, D.A.; Batalha, N.; Franco, H.; Nunes, L.; Marques, F.; Pađen, L.; Stefaniak, M.; Pérez-Perdomo, A.; et al. Teaching and Learning Clinical Reasoning in Nursing Education: A Student Training Course. *Healthcare* **2024**, *12*, 1219. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121219>

Academic Editor: Susan Ka Yee Chow

Received: 15 April 2024

Revised: 5 June 2024

Accepted: 10 June 2024

Published: 19 June 2024

Abstract: Clinical reasoning is an essential component of nursing. It has emerged as a concept that integrates the core competencies of quality and safety education for nurses. In cooperation with five European partners, Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) realized the “Clinical Reasoning in Nursing and Midwifery Education and Practice” project as part of the Erasmus+ project. As a partner, our team designed a multiplier event—the student training course. The aim of this report is to describe the construction and development of this clinical reasoning training course for nursing students. We outline the pedagogical approach of an undergraduate training course on clinical reasoning in 2023, which we separated into four stages: (i) welcoming, (ii) knowledge exploration, (iii) pedagogical learning, and (iv) sharing experience. This paper presents the learning outcomes of the collaborative reflection on and integration of the clinical reasoning concept among nursing students. This educational experience fostered reflection and discussion within the teaching team of the nursing department regarding the concept, models, and teaching/learning methods for clinical reasoning, with the explicit inclusion of clinical reasoning content in the nursing curriculum. We highlight the importance of implementing long-term pedagogical strategies in nursing education.

Keywords: clinical reasoning; nursing education; nursing students; teaching

[Consulte artigo completo](#)

5. Guia orientador do Estudo de Caso do Ensino clínico de Enfermagem IV – Adulto e Idoso

Diana Mendes e Guida Amaral



Ensino Clínico de Enfermagem IV – Adulto e Idoso

GUIA ORIENTADOR DO ESTUDO DE CASO

O objetivo deste trabalho é a elaboração de um Estudo de Caso relativo a uma pessoa/família escolhida pelo/a estudante e/ou enfermeiro/a orientador, como pertinente para o desenvolvimento do processo de aprendizagem do/a estudante.

Yin (1994) descreve o Estudo de Caso com base nas características do fenómeno em estudo, considerando o seu contexto real, e com base num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos. Esta metodologia é adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores (Figueiredo & Amendoeira, 2018). O Estudo de Caso, na prática de Enfermagem é utilizado com o objetivo de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades da pessoa, família e comunidade, proporcionando subsídios para que os/as enfermeiros/as estudem a melhor estratégia para solucionar ou reverter os problemas identificados (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Com a utilização da metodologia de Estudo de Caso, pretende-se que os/as estudantes aprofundem conhecimentos sobre uma pessoa/família nas suas diferentes dimensões (biopsicossocial, espiritual e cultural), adequando assim, de forma individualizada através da metodologia do processo de enfermagem, a prestação de cuidados à pessoa/família.

A metodologia de Estudo de Caso permite ao/à estudante observar, analisar e descrever uma situação real, adquirindo conhecimento e experiência prática, que serão uma mais-valia na tomada de decisão e resolução de problemas, quando confrontado com outras situações (Galdeano, 2003).

Com a finalidade de desenvolver a competência de raciocínio clínico dos/das estudantes, prevê-se a realização deste Estudo de Caso integrando a perspetiva de Levett-Jones (2010).



Na elaboração do **Estudo de Caso** deve considerar os seguintes tópicos:

1. Introdução: contextualização e âmbito do trabalho, definição de objetivos específicos e apresentação da estrutura do Estudo de Caso incluindo qual o modelo teórico selecionado.

(1 página)

2. Avaliação Inicial:

- Descrever quadro clínico (motivo de internamento);

(1/2 página)

- Medicação atual da pessoa (no internamento) em tabela;
- Recolha da história de saúde da pessoa/família utilizando múltiplas fontes de recolha de dados (diretas e indiretas) recorrendo ao instrumento "Avaliação inicial do cliente" e à abordagem ABCDEF.

3. Processamento da informação e sistematização das necessidades humanas alteradas:

- Interpretar a informação recolhida e identificar as variáveis alteradas;

(1 página)

- Selecione 3 a 4 variáveis consideradas prioritárias e explique eventuais relações entre as mesmas, recorrendo a fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento do motivo de internamento/intervenção cirúrgica);

(máximo 5 páginas)

- Enumere 3 a 4 focos considerados prioritários.

(1/2 página)

4. Plano de Cuidados (utilizar quadro próprio):

- Identificação de 3 a 4 diagnósticos de Enfermagem;
- Elaboração de resultados esperados/objetivos a curto e a longo prazo para esses diagnósticos;
- Planeie as intervenções de Enfermagem adequadas.

Os diagnósticos e as intervenções devem fundamentados em referências bibliográficas atuais. O plano de cuidados deve ser individualizado para a pessoa/família e utilizar a linguagem CIPE.



5. Moldura teórica: referencia ao modelo teórico utilizado e justificação da escolha.

(1 página)

6. Considerações finais: realização de uma síntese dos aspetos significativos; análise dos objetivos alcançados; contribuição do trabalho para a aprendizagem e desenvolvimento de competências.

(1 página)

7. Referências Bibliográficas.

8. Anexos e/ou Apêndices: instrumento "Avaliação inicial do cliente"; instrumento de avaliação ABCEDF; outros instrumentos/escalas de avaliação utilizadas; fichas terapêuticas.

A elaboração do Estudo de Caso deve seguir as orientações do Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos do Departamento de Enfermagem e do E-book de Didática em Enfermagem e não deverá exceder **15 páginas** no corpo do trabalho.

A norma de referenciação a adotar deverá ser a APA 7ª edição.

Todas as imagens utilizadas, deverão ser identificadas relativamente à sua fonte.

Bom trabalho!

RUCs Ensino Clínico de Enfermagem IV
Diana Arvelos Mendes e Guida Amaral



Referências Bibliográficas

Figueiredo, M., Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em Enfermagem. Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém; 4 (2):102-7.

Galdeano L., Rossi L., Zago M. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, maio-junho; 11(3):371-5.

Galdeano, L. et al. (2003). Roteiro Instrucional para a Elaboração de um Estudo de Caso. Rev. Latino-Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, 11(3):371 – 5.

Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, 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, 515–520. 10.1016/j.nedt.2009.10.020

Yin, R. (1994). Case study research: Design and methods. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

6. Competency Inventory of Nursing Students (CINS)

Ana Poeira e Lucília Nunes

Face às necessidades complexas de saúde e à carência de enfermeiros(as), a tomada de decisão destes profissionais tem de ser eficiente de forma a prestar os melhores cuidados. O desenvolvimento da competência de raciocínio clínico é então crucial para os/as enfermeiros(as), mas também para os/as estudantes de Enfermagem uma vez que os capacita para a tomada de decisão, visando a qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem.

Diretivas europeias garantem uma abordagem padronizada na educação dos enfermeiros/as, incluindo um mínimo de 12 anos de educação geral antes do início do curso superior de Enfermagem e um mínimo de 2300 horas de prática clínica com prestação de cuidados diretos à Pessoa (Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia, 2013). No entanto, os métodos de ensino e práticas clínicas podem variar conforme o programa de estudos, a instituição de saúde onde se realizam os ensinamentos clínicos e contexto cultural de cada país. Assim, também o raciocínio clínico na educação de Enfermagem varia na Europa e até dentro do mesmo país. Nesse sentido, torna-se importante a existência de uma escala válida para medir a competência de raciocínio clínico dos/das estudantes de Enfermagem e, conseqüentemente, ser possível ainda avaliar a necessidade de alterações no plano de estudos do curso.

O *Competency Inventory of Nursing Students* (CINS), desenvolvido em Taiwan, foi escolhido para avaliar o raciocínio clínico devido às suas propriedades psicométricas robustas (Hsu, Hsieh, 2013). Com 43 itens, o CINS utiliza uma escala de *Likert* de 7 pontos para classificação, categorizando os itens em seis subescalas: Ética e Responsabilidade, Competências Clínicas Gerais, Aprendizagem ao Longo da Vida, Ciências Biomédicas Clínicas, Pensamento e Raciocínio Crítico.

É um instrumento que foi traduzido e adaptado para o contexto europeu, nomeadamente para as seguintes línguas: Espanhol, Polaco, Holandês, Português e Esloveno²⁵, que aguarda publicação. O que permitirá obter *insights* mais profundos sobre o raciocínio clínico dos/das

²⁵ Artigo científico em processo de publicação de estudo transversal descritivo multicêntrico que contempla a tradução do instrumento original do CINS para espanhol, polaco, esloveno, português e holandês e avaliado o seu conteúdo, equivalência semântica, técnica e conceptual de acordo com as orientações de Sousa e Rojjanasrirat. Apresenta ainda avaliação das propriedades psicométricas, incluindo a validade de conteúdo e a fiabilidade de consistência interna.

estudantes de Enfermagem e identificar áreas para melhoria das competências necessárias para atender efetivamente às necessidades de saúde da Pessoa.

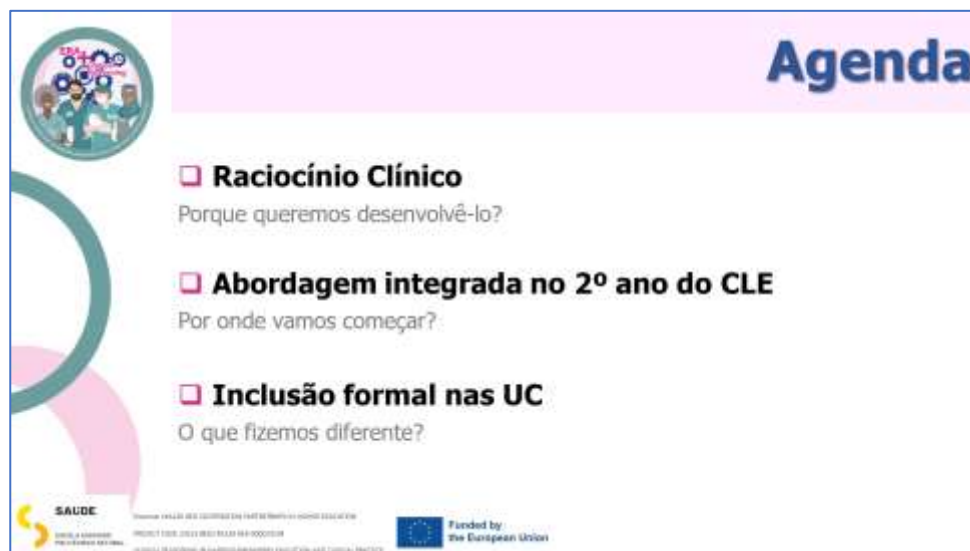
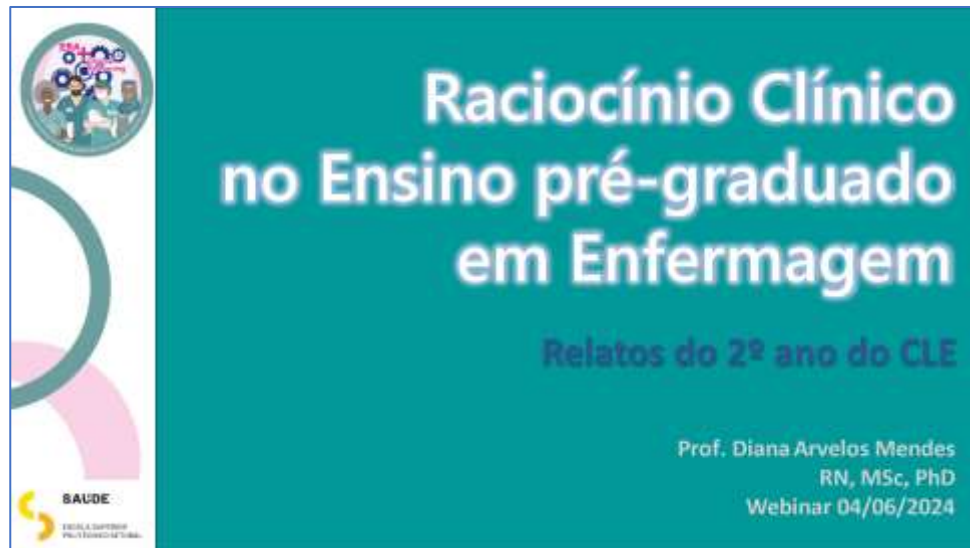
Referências

- Hsu, L. L., & Hsieh, S. I. (2013). Development and psychometric evaluation of the competency inventory for nursing students: a learning outcome perspective. *Nurse Education Today*, 33(5), pp.492–497. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.05.028>
- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2013). Diretiva 2013/55/UE, de 20 de novembro de 2013, que altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) n.º 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno (Regulamento IMI). *Jornal Oficial da União Europeia*, L 354, pp.132-170. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:pt:PDF>
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), pp.268-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

SECÇÃO III – FORMALIZAÇÃO DA INTEGRAÇÃO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

1. Experiências do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Diana Mendes





Raciocínio clínico

Porque queremos desenvolvê-lo?

...“(...) is the ongoing process in which a nurse assesses a care situation (...) collecting cues, making the right observations, process the information and come to an understanding of a person’s problem, plan and implement interventions (...) evaluating outcomes and reflecting on and learning from this process (...)”.

...“Five rights” of clinical reasoning: “(...) right cues, the right patient, the right time, the right action and, the right reason (...)”.

(Levett-Jones et al., 2010)

...Permite uma melhor/mais completa análise das variáveis que influenciam a condição de saúde da pessoa.

(Gorziol & Newby, 2013)

SAUDE
SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
PRONEX 2017-2021
FUNDADO PELA UNIÃO EUROPEIA

Raciocínio clínico

Porque queremos desenvolvê-lo?


...Parece melhorar/promover o uso do Processo de Enfermagem (PE). As fases do PE podem ser enriquecidas pelo Raciocínio Clínico.

...Desenvolve o conhecimento, as atitudes e a performance clínica dos/das Enfermeiros/as e, por consequência, pode promover uma melhor qualidade de diagnósticos, intervenções e resultados.

“Nurses who have effective clinical reasoning skills can have a positive influence on patient outcomes”

(Maguire et al., 2022, p. 359)

SAUDE
SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
PRONEX 2017-2021
FUNDADO PELA UNIÃO EUROPEIA





Raciocínio clínico

Porque queremos desenvolvê-lo?

...Pretendemos ajudar a responder aos **desafios dos/as estudantes de enfermagem** na aprendizagem do raciocínio clínico:

representação deficiente do problema; dificuldades na criação de hipóteses; falta de informações que possam ajudar na recolha de informações; problemas na interpretação das informações em resultado de um encerramento prematuro do raciocínio; priorização inadequada dos problemas e integração incompleta das informações para contextualizar a situação de uma forma exata; dificuldade em formular um plano adequado; défice de capacidade de comunicação.

(Schmidt & Mamede, 2015; Windish et al, 2005; Anakin et al, 2019).



Por onde vamos começar?




Abordagem integrada no 2º ano

Por onde vamos começar?


2º Ano

Tronco Comum

1º Semestre				2º Semestre			
Código	Nome	ECTS	Obl.	Código	Nome	ECTS	Obl.
ENF10	Enfermagem III - Adulto e Idoso em Contexto I	4		ENF16	Enfermagem IV - Adulto e Idoso em Contexto II	4	
ENF11	Enfermagem III - Adulto e Idoso em Contexto I	10		ENF17	Enfermagem IV - Adulto e Idoso em Contexto II	10	
ENF23	Ética, Deontologia e Desempenho Profissional II	4		ENF21	Enfermagem IV - Adulto e Idoso em Contexto III	10	
ENF22	Formação	2		ENF18	Enfermagem	1	
ENF24	Investigação II - Processos de Investigação	2		ENF19	Reflexão de Ajuda e Comunicação (Integradas em Enfermagem III)	2	
ENF25	Religião	3					
ENF20	Reflexão de Ajuda e Comunicação (Integradas em Enfermagem II)	3					




Inclusão formal nas UC



Enfermagem III:

- Apresentação do modelo de Raciocínio Clínico e suas etapas;
- Abordagem de casos clínicos em pequeno grupo com base no modelo;

O que fizemos diferente?

SAUDE
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

5) Descreva um exemplo de como relaciona/interpreta os dados/informação recebidos considerando o caso clínico apresentado.


6) Enumere 3 diagnósticos (DPE) de alta semelhança aos dados de enfermagem do Sr. J. (Tabela 1).

7) Enumere os objetivos imediatos e a longo prazo de sua intervenção para cada diagnóstico identificado (Tabela 1).

8) Enumere as cuidados/inferências de enfermagem para cada um dos diagnósticos considerando os objetivos estabelecidos (Tabela 1).

SAUDE - Escola Superior Politécnica de Saúde
RUA A. S. BARRETO, 1500 - JARDIM SÃO CARLOS - SÃO CARLOS - SP - BRASIL
FONE: (13) 3335-1000 FAX: (13) 3335-1001

Inclusão formal nas UC



Enfermagem IV:

- Abordagem de casos clínicos em pequeno grupo com base no modelo;
- Metodologia de simulação em sala de aula com recurso ao modelo de Raciocínio Clínico;

O que fizemos diferente?

SAUDE
ESCOLA SUPERIOR POLITÉCNICA DE SAÚDE

Caso Clínico

4. Um Sr. **Roberto Gonçalves** com 78 anos, foi admitido no Serviço de Cirurgia para realização de uma amputação total de uma perna direita.

Tem como antecedentes pessoais: diabetes tipo 2, hipertensão arterial, síndrome coronária, fibrilação atrial, osteoporose, dislipidemia e hipercolesterolemia. Tem antecedentes cirúrgicos de: histerectomia total e ovariária (2008) e prostatectomia total (2008).

É viúvo, tem 2 filhos – adotivos (pai) que acompanha no internamento. Temos com algumas faltas de memória, períodos de ansiedade reativa, dentro do contexto em evidência na avaliação das suas atividades de vida diária (AVD) necessitando de apoio de filho para as atividades fora do domicílio.


Após a cirurgia, permaneceu 1 noite de observação de feridas e no final do turno de manhã, foi para o quarto para ser observado durante o período da noite. Devido à sua idade, controlado no regime de enfermaria, foi de 16/30/20mmHg, FC 88bpm (normal), FR de 18 (normal) e SpO2 de 98% com aporte oximétrico de 41 e 33mmHg. Têmos alguns episódios de febre com pico até 38,5ºC durante o período de internamento. Atualmente apresenta sinais de desidratação. Tem pouco ou nenhum conhecimento sobre o plano de cuidados de enfermagem. Ainda não recebeu qualquer apoio e suporte. A filha vem visitá-lo e está preocupada pelo tipo de cuidado de vida que tem e gostaria muito bem de ter sido informada.

1) Realize a avaliação estruturada por prioridades – ABCDEF. Preencha a Tabela 1 com os dados fornecidos (se possível de mais alguma informação sobre).

2) Da avaliação ABCDEF que realizou, que dados/efeitos/condições alertam para a Sra. J. Estalar?

SAUDE - Escola Superior Politécnica de Saúde
RUA A. S. BARRETO, 1500 - JARDIM SÃO CARLOS - SÃO CARLOS - SP - BRASIL
FONE: (13) 3335-1000 FAX: (13) 3335-1001

Inclusão formal nas UC



Ensino Clínico de Enfermagem IV:

- Inclusão do modelo para a metodologia de Estudo de Caso da pessoa/família.

O que fizemos diferente?

1. **Introdução:** contextualização e âmbito do trabalho, definição de objetivos específicos e apresentação da estrutura do Estudo de Caso incluindo qual o modelo teórico selecionado.

(1 página)

2. **Avaliação Inicial:**


- Descrever quadro clínico (motivo de internamento);

(10 páginas)

- Medicação atual da pessoa (no internamento) em tabela;
- Recolha da história de saúde da pessoa/família utilizando múltiplas fontes de recolha de dados (diretas e indiretas) recorrendo ao instrumento "Avaliação Inicial do cliente" e à abordagem ABCDEF.

SAUDE - Escola Superior Politécnica de Saúde
RUA A. S. BARRETO, 1500 - JARDIM SÃO CARLOS - SÃO CARLOS - SP - BRASIL
FONE: (13) 3335-1000 FAX: (13) 3335-1001

Funded by the European Union



Inclusão formal nas UC

O que fizemos diferente?

Ensino Clínico de Enfermagem IV:

- Inclusão do modelo para a metodologia de Estudo de Caso da pessoa/família.

3. Processamento da informação e sistematização das necessidades humanas alteradas:

- Interpretar a informação recolhida e identificar as variáveis alteradas;

(1 página)

- Selecionar 3 a 4 variáveis consideradas prioritárias e explicar eventuais relações entre as mesmas, recorrendo à fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnósticos e tratamento do motivo de internamento/intervenção cirúrgica);

(máximo 3 páginas)

- Enumerar 3 a 4 focos considerados prioritários.

(10 páginas)

SAUDE SAÚDE PÚBLICA E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR
UNIVERSIDADE DE ALGARVE FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROJETO 0028/2011 (REVISED) 4919923000000000

SAÚDE PÚBLICA E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Funded by the European Union



Ideias finais



SAUDE SAÚDE PÚBLICA E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR
UNIVERSIDADE DE ALGARVE FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROJETO 0028/2011 (REVISED) 4919923000000000

SAÚDE PÚBLICA E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Funded by the European Union



Referências

- Anakli, M., Joutart, M., Timmermans, J., Pinnock, R. (2019) Student experiences of learning clinical reasoning. *THE CLINICAL TEACHER*.16,1-6
- Gonzol, K., & Newby, C. (2013). Facilitating clinical reasoning in the skills laboratory: Reasoning model versus nursing process-based skills checklist. *Nursing Education Perspectives*, 34(4), 265-267. (não tem doi)
- Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y. S., Noble, D., Norton, C. A., ... & 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. Doi: 10.1016/j.nedt.2009.10.020
- Maguire, T., Garvey, L., Ryan, J., Willetts, G., & O'lasoji, M. (2022). Exploration of the utility of the Nursing Process and the Clinical Reasoning Cycle as a framework for forensic mental health nurses: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(2), 358-368. Doi: 10.1111/inm.12963
- Schmidt, H.G., & Mamede, S. (2015). How to improve the teaching of clinical reasoning: a narrative review and a proposal. *Med Educ*, 49(10), 961-973.
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 66(5), 1151-1158. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05262.x
- Windsh, D.M., Price, E.G., Clever, S.L., Magaziner, J.L., & Thomas, P.A. (2005). Teaching medical students the important connection between communication and clinical reasoning. *J Gen Intern Med*, 20(12), 1108-1113

SAUDE SAÚDE PÚBLICA E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR
UNIVERSIDADE DE ALGARVE FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROJETO 0028/2011 (REVISED) 4919923000000000

SAÚDE PÚBLICA E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Funded by the European Union

2. Relatos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Hugo Franco

Evento Virtual
Estratégias de Promoção do Raciocínio Clínico em Enfermagem
04 de junho de 2024
12h00 – 13h15

Raciocínio Clínico no Ensino pré-graduado em Enfermagem

Relatos do 4º ano do CLE
Hugo Franco, ESS/IPS
Rn, MSc, PhD

SAUDE
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Funded by the European Union

Curso de Licenciatura em Enfermagem na ESS IPS

O Curso de Licenciatura em Enfermagem visa capacitar aos licenciados para **intervirem de forma autónoma** ou integrados em equipas multidisciplinares, concebendo a/ou **participando na tomada de decisão acerca dos cuidados de enfermagem e de saúde**, para responderem às necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades.

Unidades Curriculares com aulas de tipologia diversa: teóricas [T], teórico-práticas [TP], práticas [P], práticas de laboratório [PL], de seminários [S], orientação tutorial [OT]

Metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem

O que nos caracteriza?

- Ambiente pedagógico multi-funcional
- Exigência na aprendizagem dos estudantes
- Qualificação dos docentes

4º Ano


Tronco Comum

1º Semestre	Código	Nome	ECTS	Obs.
	LENP45	Aprendizagem em Contexto Simulado VI	3	
	LENP44	Enfermagem IX - Pessoa em Situação Crítica	3	
	LENP43	Enfermagem VII - Cuidados Continuados e Paliativos	3	
	LENP47	Enfermagem VIII - Cuidados Continuados e Paliativos	1,5	
	LENP46	Enfermagem IX - Pessoa em Situação Crítica	1,5	
	LENP48	Investigação de - Projeto	3	

Enfermagem VII - Cuidados Continuados e Paliativos

Enfermagem IX - Pessoa em Situação Crítica


Aprendizagem em Contexto Simulado VI



Modelo de Formação sobre Raciocínio Clínico em Enfermagem

- 1. Introdução ao Raciocínio Clínico**
 Objetivos: Compreender o que é o raciocínio clínico e sua importância na prática de enfermagem.
 Conteúdos: Definição de raciocínio clínico, etapas do processo de raciocínio clínico, comparação com outros tipos de raciocínio (e.g., raciocínio diagnóstico).
- 2. Etapas do Processo de Raciocínio Clínico – Modelos e Aplicabilidade**
 Objetivos: Identificar e descrever as etapas do processo de raciocínio clínico de acordo com Modelo.
 Conteúdos: Colheita de dados, interpretação de dados, geração de hipóteses, avaliação de hipóteses, tomada de decisão.
- 3. Instrumentos e Técnicas de Raciocínio Clínico**
 Objetivos: Conhecer e aplicar instrumentos e técnicas que auxiliam no raciocínio clínico.
 Conteúdos: Utilização de checklists, mapas mentais, e mnemônicas.
- 4. Desenvolvimento de Competências Clínicas**
 Objetivos: Desenvolver competências específicas que fortalecem o raciocínio clínico- Simulação.
 Conteúdos: Pensamento crítico, comunicação eficaz, trabalho em equipe.
- 5. Avaliação e Reflexão**
 Objetivos: Avaliar o progresso e refletir sobre as práticas de raciocínio clínico.
 Conteúdos: Métodos de avaliação, autoavaliação, feedback.


5



Modelo de Formação sobre Raciocínio Clínico em Enfermagem adaptado ao CLE ESS/IPS – 4º ano


- **Enfermagem VIII - Cuidados Continuados e Paliativos (4º ano/1º semestre) e Enfermagem IX - Pessoa em Situação crítica (4º ano/1º semestre)**
 - Apresentação do Clinical Reasoning Cycle de Levett-Jones (2010)
 - Resolução de um caso clínico em pequenos grupos (4 horas).
 - Discussão oral sobre o processo de tomada de decisão.
- **Aprendizagem em Contexto Simulado VI (4º ano/1º semestre)**
 - Aplicabilidade prática da resolução dos casos em equipe em laboratório de práticas laboratoriais
- **EC Enfermagem VIII e IX (4º ano/1º semestre) – Aulas Seminário**
 - Escape Room - Resolução de um caso clínico e simulação em pequenos grupos (2 horas).

6




1. Introdução ao Raciocínio Clínico - Modelos

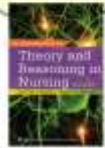
Tanner (2006)
Clinical Judgment Model



Levett-Jones (2010)
Clinical Reasoning Cycle



Johnson & Webber (2015)
Webber Reasoning Model (IRUEPIC)



7

1. Introdução ao Raciocínio Clínico
 2. Etapas do Processo de Raciocínio Clínico – Modelos e Aplicabilidade

Level-Jones (2011)
Clinical Reasoning Cycle
Consider the patient situation, describe facts, context, objects, or people
Collect cues/information, review current information, gather new information, recall knowledge
Process information, analyze data, discernible relevant information, relate, and discover new relationships, infer deductions, match current situation to past situations, predict an outcome
Identify problems/issues, synthesize facts and inferences to make a diagnosis
Establish goal, a descriptor what you want to happen, an outcome
Take action, select a course of action
Evaluate outcomes, the effectiveness of the actions
Reflect on process and new learning, contemplate what you have learnt

Level-Jones, T., Wilson, K., Darroch, L., Jones, D., Noffs, D., Norris, C.A., Noffs, L., & Wilson, K. (2011). The logic of clinical reasoning: implications for nursing education. *Nurse Education Today*, 26(1), 4-12. doi:10.1016/j.nedt.2010.08.022

3. Instrumentos e Técnicas de Raciocínio Clínico (RC)

Problem-based learning/Case-based learning (Yoo & Park, 2014; Cartwright, Bruce & McInerney, 2017; Ricós & Rivière, 2018; Tye & McCurry, 2019; Zhao & Cong, 2019; Hong et al, 2021).

Instrução de Trabalho

Objetivo geral: Desenvolver o raciocínio clínico dos estudantes de enfermagem.

Objetivos específicos: Analisar o caso clínico, identificar os dados relevantes, estabelecer hipóteses diagnósticas, planejar e executar o cuidado de enfermagem, e avaliar os resultados.

Casos Clínicos adaptados ao Modelo de RC

Caso Clínico 1

Um paciente de 65 anos, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, apresenta sintomas de dispnéia e edema de membros inferiores. O paciente também relata fadiga e perda de peso recente.

Exatidão: 100% (caso clínico adaptado para fins educacionais).

Instrução de Trabalho

CC Enfermagem III
 Raciocínio Clínico em CC
 IRI - Caso Clínico CC a DP

Objetivo geral: Desenvolver o raciocínio clínico dos estudantes de enfermagem.

Objetivos específicos: Analisar o caso clínico, identificar os dados relevantes, estabelecer hipóteses diagnósticas, planejar e executar o cuidado de enfermagem, e avaliar os resultados.

Conteúdo: Análise de dados, identificação de problemas, planejamento de cuidados de enfermagem, execução de procedimentos, e avaliação dos resultados.

Atividade: Análise de caso clínico em grupo, discussão de hipóteses, planejamento de cuidados de enfermagem, e apresentação dos resultados.

Tempo estimado: 1 hora.

Recursos necessários: Caso clínico, material de apoio, e ambiente adequado para a realização da atividade.

Observações: Este caso clínico é adaptado para fins educacionais e não deve ser utilizado para fins de diagnóstico ou tratamento de pacientes reais.

Referências: Yoo, S., & Park, S. (2014). Problem-based learning in nursing education. *Nurse Education Today*, 29(1), 1-6. doi:10.1016/j.nedt.2013.08.012

Nesta Instrução de trabalho são apresentados os objetivos, a organização dos grupos, a gestão do trabalho em sala de aula e as orientações para a apresentação do trabalho.

Casos Clínicos adaptados ao Modelo de RC

Caso Clínico 3

O Sr. F LH tem 68 anos é operário reformado da construção civil e da siderurgia, a quem foi **diagnosticado câncer do pulmão de pequenas células no outono de 2022 e fibrose pulmonar idiopática (FPI)** que se tornou rapidamente progressiva depois de ter recebido radiação e quimioterapia para a sua patologia em dezembro de 2022. Completou a quimioterapia em dezembro de 2022 e o Sr.F LH e a sua família esperavam ansiosamente por um período de melhoria/qualidade de vida em 2023.


Infelizmente, o **diagnóstico aumentou com o colapso** durante os 2 meses que se seguiram às terapias contra o câncer.

A sua falta de ar continua a progredir até ao **ponto de dispnéia em repouso** e foi readmitido no hospital local em finais de abril e depois transferido para um hospital nível 3 quando se tornou evidente que a sua Fibrose Pulmonar tinha progredido de forma tão drástica que o hospital local não dispunha de terapias eficazes. O exame no hospital confirmou a ausência de infeção, mas sugeriu que a sua FPI anterior tinha progredido dramaticamente.

Nos últimos meses a **tosse seca intensificou-se e agravou os problemas de insónia e repouso do Sr LH**.

O Sr. LH reformou-se há apenas 1 ano e está revoltado com a situação. **A esposa Sr. F AP demonstra-se ansiosa e pouco envolvida com o diagnóstico de cancro.**


O Sr. LH vem à consulta primeira do IHCP onde realiza o seu estágio acompanhado da sua esposa que é cuidadora informal.



11

Casos Clínicos adaptados ao Modelo de RC

AVANÇAMENTOS & RECURSOS	NECESSIDADES/ PROBLEMAS
<p>A Sem alterações dietéticas. Voz sem alterações. Sem sinais de incontinência.</p> <p>Aplacação da FPIs no litro = 1 Avaliação da respiração – taxa de saturação (AVS) 92-94% (normativa de referência normal) 96-98% Agulhas com a chegada de arto. Em repouso 16 litros a/m Função de capacidade – capacidade vital 1,0 litro</p>	<p>Dispneia (em repouso) Infeção respiratória??</p>
<p>B Avaliação da Tosses Outros sinais indicadores de distúrbios respiratórios crónicos Multiplicação real/ativa Inspeção da alteração da respiração na A&B Tosses seca – intensificação com A&C e na lateralidade Exatidão litro 80%</p>	
<p>C Ngl. Orientado para o deslocamento.</p>	
<p>D Avaliar as expectativas da família e noção diagnóstica/prognóstica. Problemas com família</p>	<p>Comprometo (da família) sobre prognóstico comprometido.</p>
<p>E Sistema referencial técnico nível? Linhas Terapêuticas família – Sedição Paliativa</p>	<p>Risco de luto patológico</p>



12


Casos Clínicos adaptados ao Modelo de RC

4) Enuncie 3 diagnósticos (CPE) de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem do Sr. LH para a intervenção em situação paliativa (Tabela 2).

7) Enuncie os objetivos imediatos e a longo prazo da sua intervenção para cada diagnóstico identificado (Tabela 2).

8) Enuncie os cuidados/intervenções de enfermagem para cada um dos diagnósticos considerando os objetivos estabelecidos (Tabela 2).

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
I. Dispneia em repouso	<p>Objetivo imediato: 12 litros de arto em 15m</p> <p>Objetivo a longo prazo: 12/18 litros em 15 minutos</p>	<p>1. Analisar características e com S&A 2. Posicionamento, oxigênio 3. 1</p>
2. Comprometo da família sobre prognóstico comprometido	<p>Objetivo imediato: acompanhamento de toda família</p> <p>Objetivo a longo prazo: conferência familiar – Ajustação estado de saúde</p>	<p>3. Avaliar protocolo de S&A 4. Avaliar status em tranquilidade 5. Encaminhar para suporte psicológico</p>
3. Risco de luto patológico	<p>Objetivo imediato:</p> <p>Objetivo a longo prazo:</p>	<p>6. Preparar conferência familiar 7. Gerir expectativas 8. Propor plano terapêutico – Sedição paliativa etc</p>



13

3. Instrumentos e Técnicas de Raciocínio Clínico (RC)

Problem-based learning/Case-based learning (Yoo & Park, 2014; Cartwright, Bruce & McInerney, 2017; Ricros & Rivière, 2018; Tyo & McCurry, 2019; Zhao & Cong, 2019; Hong et al, 2021).

Observação da Pessoa em Situação Crítica em Unidade de Cuidados Intensivos

Artigos: Paulo Miguel, Gilmar José, Gilmar José, Gilmar José, Gilmar José

ABCD chart

Category	Considerations	Interventions
A	Airway	Assess airway patency, oxygen saturation, and respiratory effort.
B	Breath	Assess lung sounds, breath sounds, and respiratory rate.
C	Circulation	Assess heart rate, blood pressure, and perfusion.
D	Disability	Assess level of consciousness and neurological status.
E	Exposure	Assess skin temperature, moisture, and color.

3. Instrumentos e Técnicas de Raciocínio Clínico (RC)

Problem-based learning/Case-based learning (Yoo & Park, 2014; Cartwright, Bruce & McInerney, 2017; Ricros & Rivière, 2018; Tyo & McCurry, 2019; Zhao & Cong, 2019; Hong et al, 2021).

Robbing General Practitioner Palliative Care: A Critical Review of Support Provided by Australian Guidelines for Life-Limiting Chronic Conditions

Research A. Bennett ^{1,2}, Debra G. Morgan ^{1,3}, Jennifer O. Thomas ^{1,4} and Heidi Bentley ^{1,5}

Table 1. ICF/CIDLA wide domains for holistic palliative care patient assessment (21).

Domains of Need	Considerations
Physical	Physical needs including symptom control and prevention and/or relief from medication side effects.
Emotional	Emotional needs including psychological assessment, understanding patient values for information, trust, anxiety, coping, and hope.
Personal	Personal needs including culture, language, religion, or spiritual needs.
Social support	Social care needs of patient and carers. Includes practical concerns such as managing of home care or visits, financial concerns, family and care relationships, social life and recreation, and access to appropriate services.
Substantial communication	Information and communication needs within the healthcare team, between clinicians, in and from patient, and in and from carers.
Guided and autonomy	This includes assessing mental capacity to make decisions about choice, determining the person's preferences for treatment options, and advance care planning.
End of hours and emergency	Identifying and establishing contacts for ensuring continuity of care after hours. This includes identifying patient and family of arrangements, listing after-hours GP/locum services based on patient's needs, and ensuring patients and carers have access to medications and equipment for when required.
Last care	Care considerations at the very end of life. This might include stopping non-urgent medications, communicating stage of readiness to patient and family, alerting them to what might happen (e.g., falls and agitation), providing comfort measures, and death pronouncement.
After care	Reassessment needs including bereavement risk assessment and follow up with the family.

4. Desenvolvimento de Competências Clínicas (a desenvolver)

Simulação

A simulação é uma metodologia de ensino que possibilita a repetição de um caso clínico, a reflexão sobre a situação no debriefing e a aprendizagem sobre um conteúdo garantindo a segurança da Pessoa (Uemura & Kido, 2022).

Aplicabilidade do Raciocínio Clínico na resolução dos Casos Clínicos nas Ucs de:

- **Aprendizagem em Contexto Simulado VI** – Cenários idênticos aos dos casos trabalhados nas UC teóricas para simulação e resolução em equipe.
- **Seminários de EC ENF VIII e IX**– Cenários de Escape Room para aplicabilidade do raciocínio Clínico com situações pré descritas pelos estudantes em contexto de EC (eventual participação de orientadores clínicos)

5. Avaliação e Reflexão
a) Validação de Competências

Clinical Reasoning in Nursing/Midwifery Education and Clinical Practice

COMPETENCY INVENTORY FOR NURSING STUDENTS (psychometric validation of the Portuguese CMS tool)

b) Validação da Satisfação – Processos Didático Pedagógicos

Google Forms – Ano letivo 23_24 – 46 respostas

- Resolução de casos antes da avaliação.
- Metodologias de ensino, aula de resolução de casos clínicos.
- Discussão de resultados ao longo dos conteúdos e não apenas no final, mas imos construindo o raciocínio clínico ao longo das aulas.
- Mais tempo de discussão dos casos práticos.

- Trabalhar os estudos de caso desde o início da UC
- Criar novos momentos para desenvolvimento de casos no decorrer das diferentes aulas de ENF VIII, tendo sentido que, a metodologia utilizada na última aula antes da frequência, apresentou diversos benefícios, podendo estes ser aumentados, se desenvolvidos no decorrer da UC.

17



Desafios
O Futuro...Presente

Literacia Digital vs Digitalização da Saúde

Ambientes virtuais de aprendizagem - Implementação de uma abordagem combinada de realidade virtual, realidade aumentada e da utilização de equipamentos de simulação

1
2
3

19

