

Élvio Henriques de Jesus

**Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de  
Decisão Clínica de Enfermagem**

Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar  
Universidade do Porto  
Porto, 2004

Élvio Henriques de Jesus

Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de  
Decisão Clínica de Enfermagem

Dissertação de Candidatura ao Grau de  
Doutor em Ciências de Enfermagem,  
submetida ao Instituto de Ciências  
Biomédicas de Abel Salazar

Orientadora: Professora Doutora M.  
Amélia da Costa Lopes

Co-orientadora: Professora Doutora M.  
Constança Paúl

À minha esposa, Merícia e aos meus filhos João, Mariana e Francisco,  
pelo estímulo, compreensão, paciência e carinho imprescindíveis na  
ajuda para ultrapassar as dificuldades inerentes a este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

- Ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar pela promoção de oportunidades para o desenvolvimento dos Enfermeiros e da Enfermagem.
- Aos Senhores Professores Doutores Nuno Grande e Agostinho Ribeiro, pelo acolhimento e estímulo a este projecto.
- À Senhora Professora Doutora M. Amélia da Costa Lopes, orientadora deste trabalho, pelo permanente incentivo, compreensão, disponibilidade e segurança transmitida, o que muito contribuiu para o desenvolvimento desta investigação.
- À Senhora Professora Doutora M. Constança Paúl, co-orientadora deste trabalho, pelo pragmatismo, disponibilidade, apoio, compreensão, e crítica positiva, o que muito nos ajudou na sua realização.
- Às Senhoras Enfermeiras participantes neste estudo e às que directa ou indirectamente colaboraram no mesmo, pelo seu empenho, disponibilidade e contributos relevantes prestados. Bem hajam!
- À Senhora Dra. Dalila Freitas pela sua prestimosa colaboração na tradução de instrumentos de língua Inglesa.
- Às Senhoras Enfermeiras Mestres Calaça Alves, Clara Correia, Helena Frango, Merícia Bettencourt, Nivalda Silva e Vita Basílio, pelo seu inestimável contributo na validação da análise do conteúdo desta investigação.
- Ao Serviço Regional de Saúde, Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny pelos apoios recebidos.
- A todos os colegas pela ajuda e compreensão demonstradas.

## RESUMO

No presente estudo procurámos descrever o processo de decisão clínica de enfermagem e identificar relações entre padrões de habilidades cognitivas de pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional e padrões de tomada de decisão.

O estudo, estruturado segundo uma parte teórica e outra empírica, apresenta um desenho exploratório-descritivo, com triangulação múltipla de métodos, dados e técnicas de análise de dados. Como técnicas de recolha de dados foram utilizadas, fundamentalmente, a observação, a gravação áudio da verbalização concorrente do pensamento, a entrevista etnográfica, cujo conteúdo foi analisado pelo método indutivo. Foram ainda utilizados testes psicométricos para avaliação do pensamento crítico (WGCTA), pensamento criativo (TTCT) e inteligência emocional (MEIS).

Nele participaram vinte e sete enfermeiras de nível I, seleccionadas a partir de um conjunto de variáveis básicas comuns, pelo processo de amostragem intencional, não teórico.

Os resultados permitiram-nos constatar que, do processo de decisão clínica de enfermagem fazem parte, basicamente, cinco grandes categorias de estratégias inerentes ao pensamento das participantes - interagir, intervir, conhecer a utente, resolver problemas e avaliar -, as quais ocorrem de modo contínuo, interrelacionado e dinâmico. Inclui tanto o julgamento como a decisão. Foram identificados dois padrões de decisão clínica de enfermagem. O padrão A, revelador de um processo metódico, personalizado e de maior proximidade com as utentes, apresentando o padrão B um carácter mais funcional, menos sistemático e de relacionamento mais superficial com estas.

Quando comparados estes padrões com os de habilidade cognitiva, constatámos, analogamente, dois padrões distintos, sendo um deles caracterizado por níveis mais elevados de pensamento crítico e pensamento criativo, e menores índices de inteligência emocional, verificado no grupo B, e um outro, apresentando níveis menos elevados de pensamento crítico e de pensamento criativo e maiores níveis de inteligência emocional, característico do grupo A. Verificaram-se diferenças entre os *scores* obtidos pelas participantes dos grupos A e B de padrões de decisão clínica de enfermagem, particularmente no que se refere à variável inteligência emocional, conferindo suporte à nossa hipótese de investigação.

Nas conclusões, discutem-se algumas limitações do estudo, mas também as implicações dos resultados obtidos, sobretudo aos níveis da prestação de cuidados de enfermagem, da gestão, da formação e da investigação, e igualmente no desenvolvimento de sistemas de informação, de documentação e de apoio à decisão clínica e formação na enfermagem.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study is to describe the process of nursing clinical decision-making and to identify the connection between cognitive ability patterns of critical thinking, creative thinking and emotional intelligence and patterns of decision-making.

The study which is structured in two parts, a theoretical and an empirical one, has an exploratory and descriptive design with multiple triangulation of methods, data and data analysis techniques. The data collecting techniques used were mainly observational, audio recording of concurrent thinking aloud and ethnographic interview, the contents of which was analysed by the inductive method. Psychometric tests to assess critical thinking (WGCTA), creative thinking (TTCT) and emotional intelligence (MEIS) were also used.

Twenty seven nurses participated in this study and were chosen according to a set of common basic variables by the non-theoretical intentional sampling process.

The results showed that, apart from judgement and decision, basically five major categories of strategies related to nurses' s reasoning – to interact, to perform, to get to know the patient, problem-solving and to assess – belong to the process of clinical decision-making occurring in a continuous, interrelated and dynamic fashion.

Two patterns of clinical decision-making were identified: pattern A showed a process which was personalized, methodical and closer to the patients and pattern B which was more practical, less systematic and more superficial.

Comparing these patterns with those of the cognitive ability, we also found two distinct patterns, one of them showing a higher level of critical thinking and creative thinking and a lower level of emotional intelligence as in group B, and the other showing a lower level of critical thinking and creative thinking and a higher level of emotional intelligence as in group A. There are differences between the scores in groups A and B of nursing clinical decision-making patterns particularly in the variable emotional intelligence, which supports our research hypothesis.

In the conclusions, some limitations of this study as well as the implications of the results obtained are discussed, mainly in what concerns nursing care, administration, education and research as well as in the development of information systems, documentation and support of clinical decision-making and training in nursing.

## RÉSUMÉ

Dans la présente étude, nous avons cherché à décrire le processus de prise de décision clinique dans la pratique infirmière et à identifier les rapports entre modèles d'habiletés cognitives de pensée critique, pensée créative et intelligence émotionnelle et modèles de prise de décision.

L'étude, structurée en une partie théorique et une autre empirique, présente une méthodologie exploratoire et descriptive, avec triangulation multiple de méthodes, de données et de techniques d'analyse de données. Comme techniques de collecte de données, nous avons utilisé, essentiellement, l'observation, l'enregistrement audio de la verbalisation simultanée à la pensée, l'interview ethnographique, dont le contenu a été analysé par la méthode inductive. Des tests psychométriques ont également été utilisés pour l'évaluation de la pensée critique (WGCTA), de la pensée créative (TTCT) et de l'intelligence émotionnelle (MEIS).

Vingt-sept infirmières ont participé à cette étude, sélectionnées à partir d'un ensemble de variables basiques communes, selon le processus d'échantillon intentionnel, non théorique.

Les résultats nous ont permis de constater que, fondamentalement, cinq grandes catégories de stratégies inhérentes à la pensée des participantes font partie du processus de prise de décision clinique des infirmières – interagir, intervenir, connaître la patiente, résoudre des problèmes et évaluer-, lesquelles ont lieu de manière continue, interrelationnée et dynamique. Ce processus comprend aussi bien le jugement que la prise de décision. Deux modèles de prise de décision clinique des infirmières ont été identifiés. Le modèle A, révélateur d'un processus méthodique, personnalisé et de plus grande proximité vis-à-vis des patientes et le modèle B, présentant un caractère plus fonctionnel, moins systématique et relationnel plus superficiel avec celles-ci.

En comparant ces modèles avec ceux d'habileté cognitive, nous avons constaté, de manière analogue, deux modèles distincts, l'un d'eux se caractérisant par des niveaux plus élevés de pensée critique et de pensée créative et des indices moindres d'intelligence émotionnelle, comme cela a été observé dans le groupe B, et l'autre présentant des niveaux moins élevés de pensée critique et de pensée créative et des niveaux plus importants d'intelligence émotionnelle, caractéristique du groupe A. Des différences ont été observées entre les scores obtenus par les participantes des groupes A et B de modèles de prise de décision clinique des infirmières, en particulier en ce qui concerne la variable intelligence émotionnelle, ce qui étaye notre hypothèse de recherche.

Dans les conclusions, nous abordons quelques limites de l'étude, mais également les implications des résultats obtenus, surtout au niveau de la prestation de soins infirmiers, de la gestion, de la formation et de la recherche, et également dans le développement de systèmes d'information, de documentation et d'appui à la prise de décision clinique et à la formation infirmière.

## **SUMÁRIO:**

	Pag
<b>0. <u>INTRODUÇÃO</u></b>	14
<b>1. <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u></b>	18
1.1. O PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	18
1.2. O PROCESSO DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM	28
1.3. TEORIAS E MÉTODOS DE ESTUDO DA DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM.	45
1.4. FACTORES QUE INFLUENCIAM A DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM.	69
1.4.1. O PAPEL DO CONHECIMENTO E DA EXPERIÊNCIA NA DECISÃO	75
1.4.2. INTUIÇÃO E DECISÃO	88
1.5. A DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM E HABILIDADES COGNITIVAS	97
1.5.1. O PENSAMENTO CRÍTICO	97
1.5.2. O PENSAMENTO CRIATIVO	124
1.5.3. A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	150
<b>2. <u>METODOLOGIA</u></b>	175
2.1. TIPO DE ESTUDO	175
2.2. UNIVERSO	177
2.3. AMOSTRA E PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM	178
2.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO	181
2.4.1. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	181
2.4.2. VARIÁVEL DEPENDENTE	181
2.4.3. VARIÁVEIS INDEPENDENTES	182
2.5. HIPÓTESE	182
2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	183
2.6.1. TÉCNICAS UTILIZADAS PARA MEDIR A VARIÁVEL DEPENDENTE	183
3.6.1.1. A Observação	184
3.6.1.2. A Entrevista	185
3.6.1.3. A Verbalização Concorrente do Pensamento	186
2.6.2. INSTRUMENTOS PARA MEDIR AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES	188
2.6.2.1. Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA)	189
2.6.2.2. Torrance Test - Pensando Criativamente, Versão A - Forma Verbal	191
2.6.2.3. Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS)	192
2.6.2.4. Tradução, Validação, Adaptação e Pré-testagem dos Instrumentos	193
2.7. ESTRATÉGIAS DE ACESSO E RECOLHA DE DADOS	195
2.8. ANÁLISE DE DADOS	202
2.9. VALIDADE E FIDELIDADE DOS DADOS	205
2.10. TESTAGEM DA HIPÓTESE	209
2.11. CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA	210



<b>3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b>	216
3.1. DADOS COLHIDOS NO TRABALHO DE CAMPO	218
3.1.1. DADOS DEMOGRÁFICOS E DE CONTEXTO	218
3.1.2. O PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS OU DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM	233
3.1.2.1. Interagir com a utente ou pessoa significativa	234
3.1.2.2. Conhecer a utente	250
3.1.2.3. Resolver problemas	266
3.1.2.4. Avaliar	272
3.1.2.5. Intervir	276
3.1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PADRÕES DO PROCESSO DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM	289
3.2. DADOS COLHIDOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DOS TESTES DE HABILIDADES COGNITIVAS	295
3.2.1. WATSON-GLASER CRITICAL THINKING APPRAISAL (WGCTA)	295
3.2.2. TORRANCE TEST - PENSANDO CRIATIVAMENTE, VERSÃO A - FORMA VERBAL	303
3.2.3. MULTIFACTOR EMOTIONAL INTELLIGENCE SCALE (MEIS)	312
3.3. VERIFICAÇÃO DA HIPÓTESE	324
<b>4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	333
4.1. PROCESSO E PADRÕES DE TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM	333
4.2. PADRÕES DE HABILIDADE COGNITIVA DAS PARTICIPANTES	344
4.3. PADRÕES DE HABILIDADE COGNITIVA E PADRÕES DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM	351
4.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	353
<b>5. CONCLUSÃO</b>	355
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	366
<b>ANEXOS:</b>	386
<b>Anexo I:</b> Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal	387
<b>Anexo II:</b> Torrance Test - Pensando Criativamente, Versão A - Forma Verbal	397
<b>Anexo III:</b> Multifactor Emotional Intelligence Scale	413
<b>Anexo IV:</b> Questionário aplicado aos participantes no pré-teste	429
<b>Anexo V:</b> Carta endereçada aos elementos do júri para validação da análise do conteúdo	432
<b>Anexo VI:</b> Primeiro parecer da Comissão de Ética	434
<b>Anexo VII:</b> Segundo parecer da Comissão de Ética	436
<b>Anexo VIII:</b> Modelo de consentimento informado escrito	438
<b>Anexo IX:</b> Definições das categorias do Modelo de Decisão Clínica de Enfermagem	440

## SEQUÊNCIA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Valores das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis idade e antiguidade profissional das participantes	214
<b>Quadro 2:</b> Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos <i>scores</i> obtidos pelas 27 participantes nas cinco escalas do teste WGCTA e na sua globalidade	298
<b>Quadro 3:</b> Medidas estatísticas de tendência central e dispersão referentes aos <i>scores</i> obtidos pelas 14 participantes do grupo A nas cinco escalas do teste WGCTA e na sua globalidade	299
<b>Quadro 4:</b> Medidas estatísticas de tendência central e dispersão referentes aos <i>scores</i> obtidos pelas 13 participantes do grupo B nas cinco escalas do teste WGCTA e na sua globalidade	299
<b>Quadro 5:</b> Intervalo de confiança de 95% da média para os <i>scores</i> totais gerais e por grupo	300
<b>Quadro 6:</b> Valores de r de Pearson obtidos pela correlação de cada uma das subescalas do teste WGCTA	301
<b>Quadro 7:</b> Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes às variáveis fluência, flexibilidade e originalidade, e à globalidade do teste de Torrance	304
<b>Quadro 8:</b> Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes às variáveis fluência, flexibilidade e originalidade, por grupo de participantes	305
<b>Quadro 9:</b> Valores da média e desvio-padrão da variável fluência, e respectivos valores de referência (Oliveira, 1992)	306
<b>Quadro 10:</b> Valores da média e desvio padrão da variável flexibilidade, e respectivos valores de referência (Oliveira, 1992)	307
<b>Quadro 11:</b> Valores da média e desvio padrão da variável originalidade, e respectivos valores de referência (Oliveira, 1992)	307
<b>Quadro 12:</b> Valores médios e desvio padrão dos totais da fluência, flexibilidade,	308

	e originalidade e respectivos valores globais	
<b>Quadro 13:</b>	Valores totais e médios dos grupos A e B nas variáveis fluência, flexibilidade e originalidade e global	308
<b>Quadro 14:</b>	Valores das sete actividades obtidos pelas participantes de cada grupo, e na globalidade, relativamente às variáveis fluência, flexibilidade e originalidade	309
<b>Quadro 15:</b>	Valores de r obtidos através da correlação entre os <i>scores</i> das 27 participantes, nas variáveis fluência, flexibilidade e originalidade pela aplicação do r de Pearson e respectivos níveis de significância (p)	310
<b>Quadro 16:</b>	Comparação da correlação inter-itens para a fluência, flexibilidade e originalidade com o estudo de Oliveira (1992)	311
<b>Quadro 17:</b>	Comparação dos coeficientes de fiabilidade $\alpha$ de Cronbach e $\alpha$ normalizado para a fluência, flexibilidade e originalidade com o estudo de Oliveira (1992)	311
<b>Quadro 18:</b>	Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos <i>scores</i> obtidos pelas 27 participantes na primeira parte do teste - perceber e identificar emoções	313
<b>Quadro 19:</b>	Valores obtidos pelas 27 participantes na parte do teste MEIS referente a perceber e identificar emoções e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)	314
<b>Quadro 20:</b>	Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos <i>scores</i> obtidos pelas 27 participantes no subteste - assimilar e Utilizar as Emoções	315
<b>Quadro 21:</b>	Valores obtidos pelas 27 participantes no subteste - assimilar e utilizar as emoções - e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)	316
<b>Quadro 22:</b>	Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos <i>scores</i> obtidos pelas 27 participantes no subteste compreender as emoções	317
<b>Quadro 23:</b>	Valores obtidos pelas 27 participantes no subteste compreender as	318

	emoções e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)	
<b>Quadro 24:</b>	Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos <i>scores</i> obtidos pelas 27 participantes no sub teste gerir as emoções	318
<b>Quadro 25:</b>	Valores obtidos pelas 27 participantes no subteste gerir as emoções e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)	319
<b>Quadro 26:</b>	Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos <i>scores</i> obtidos pelas 27 participantes na globalidade do teste MEIS	320
<b>Quadro 27:</b>	Valores obtidos pelas 27 participantes na globalidade do teste MEIS e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)	321
<b>Quadro 28:</b>	Intervalo de confiança de 95% da média para os <i>scores</i> totais gerais e por grupo	322
<b>Quadro 29:</b>	Valores de r de Pearson obtidos pela correlação de cada uma das sub escalas do teste MEIS	322
<b>Quadro 30:</b>	Valores globais obtidos pelas participantes nos instrumentos de colheita de dados para determinação dos padrões de habilidade cognitiva	325
<b>Quadro 31:</b>	Valores obtidos pelos grupos A e B nos três instrumentos de colheita de dados para determinação dos padrões de habilidade cognitiva.	326
<b>Quadro 32:</b>	Valores de t de Student relativos às médias de ambos os grupos e para cada um dos três padrões de habilidade cognitiva	327
<b>Quadro 33:</b>	Valores de r de Pearson obtidos pela correlação de cada uma das variáveis independentes - habilidades cognitivas	330

## SEQUÊNCIA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Modelo OPT ( <i>Outcome-Present State-Test</i> ) de raciocínio clínico reflexivo	25
<b>Figura 2:</b> O contínuo cognitivo de Hammond (1988)	31
<b>Figura 3:</b> Modelo Geral de Classificação	40
<b>Figura 4:</b> Modelo de Decisão Clínica de Enfermagem	234
<b>Figura 5:</b> Estratégias cognitivas incluídas na categoria “Interagir”	237
<b>Figura 6:</b> Estratégias cognitivas inerentes ao processo de “Conhecer a Utente”	252
<b>Figura 7:</b> Estratégias cognitivas inerentes a “Resolver Problemas”	267
<b>Figura 8:</b> Estratégias cognitivas inerentes à categoria “Avaliar”	273
<b>Figura 9:</b> Estratégias cognitivas inerentes à categoria “Intervir”	279
<b>Figura 10:</b> Representação esquemática dos padrões de habilidade cognitiva e de decisão clínica diferenciais identificados no estudo	329

## SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Diferenças entre as médias dos *scores* obtidos por cada grupo de participantes na variável inteligência emocional 327
- Gráfico 2:** Diferenças entre as médias dos *scores* obtidos por cada grupo de participantes na variável pensamento crítico 328
- Gráfico 3:** Diferenças entre as médias dos *scores* obtidos por cada grupo de participantes na variável pensamento criativo 328
- Gráfico 4:** Diagrama de dispersão correspondente à correlação entre as variáveis pensamento criativo (TORRANCE) e pensamento crítico (WGCTA)  $r = 0.343$ ;  $p=0.08$  331

## **0. INTRODUÇÃO**

As mudanças sociais verificadas ao longo das últimas décadas têm provocado reflexos nos cidadãos e na saúde com implicações ao nível dos serviços, das quais se destacam a maior exigência dos utentes e o aumento da complexidade dos seus problemas, requerendo cuidados com maior rigor, segurança e qualidade, por um lado, e por outro, maior eficácia, eficiência e efectividade das intervenções.

A enfermagem, como disciplina e profissão de saúde, tem procurado responder a estes e outros desafios, desenvolvendo o seu corpo de conhecimentos próprio e proporcionando aos seus profissionais a formação e outros meios necessários que os habilitem a fornecer respostas adequadas e atempadas às novas solicitações. Exige-se, assim, dos enfermeiros, maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão, exigências estas que, aliás, estão consignadas no seu estatuto e regulamento do exercício profissional.

Em Portugal, este panorama tende a aproximar-se ao de outros países, particularmente em relação aos Europeus, se bem que, no que se refere à produção científica nacional, esta se verifique mais incipiente. A nível internacional, o estudo da decisão clínica de enfermagem tem merecido a atenção da comunidade científica da disciplina, dada a sua importância para a qualidade da sua prática (Greenwood & King, 1995; Crow *et al.*, 1995; Roberts *et al.*, 1996; Andrews & Jones, 1996; Cioffi & Markham, 1997; Ellis, 1997; Taylor, 1997; Lamond & Farnell, 1998; Fonteyn, 1998; Lemmer, 1998; Pesut & Herman, 1999; Greenwood *et al.*, 2000; Hallett *et al.*, 2000; Lauri *et al.*, 2001; Fonteyn & Ritter, 2002; Thompson & Dowding, 2002; Thompson, 2003; Estabrook, 2003). Todavia, muitos aspectos continuam por aprofundar, designadamente no que se refere ao estudo da influência dos diferentes factores intrínsecos ou extrínsecos ao decisor, naquele processo de decisão.

Da análise de trabalhos que estudaram os factores susceptíveis de influenciar a decisão clínica de enfermagem, salientam-se o conhecimento e a experiência do enfermeiro (Benner, 1984; Pardue, 1987; Luker & Kenrick, 1992; Watson, 1994; Lauri & Salantera, 1995; Abu-Saad & Hamers, 1997; Radwin, 1998; Lucker *et al.*, 1998; Teekman, 2000; Rapps *et al.*, 2001; King & Clark, 2002; Donnelly, 2003), o tipo

predominante de “locus de control” (Tschikota, 1993; Luker *et al.*, 1998), os valores (Woolley, 1990; Jesus, 1995; Brooks & Thomas, 1997; Branco, 1999; Lamond & Thompson, 2002; Estabrooks *et al.*, 2003), a flexibilidade (Bryans & McIntosh, 1996; Seymour *et al.*, 2003) e o género (Fagerberg *et al.*, 1999; Arslanian-Engoren, 2002, entre outros).

No entanto, verificámos que estes estudos nem sempre se referem ao contributo parcial dos diferentes factores, sobretudo no que diz respeito às características intrapessoais, especialmente no que concerne as habilidades ou padrões cognitivos dos enfermeiros, e constatámos a existência, por vezes, de contradições nos resultados de alguns destes estudos ou nas opiniões expressas dos seus autores.

Como factores intrínsecos susceptíveis de influenciar o processo de tomada de decisão em geral e de decisão clínica de enfermagem em particular, assumem actualmente particular preocupação, de educadores, gestores, formadores e investigadores, os relativos às habilidades cognitivas, tais como as de Pensamento Crítico (Pardue, 1987; Jones & Brown, 1991; Miller, 1992; Jenks, 1993; Glen, 1995; Meynard (1996); Alfaro-LeFevre, 1997; Chenweth, 1998; Adams *et al.*, 1999; Angel *et al.*, 2000; Rapps *et al.*, 2001; Martin, 2002; Profetto-McGrath, 20003), as de Pensamento Criativo (Berg *et al.*, 1994; Reed, 1995; Jacono & Jacono, 1996; Bishop & Scuder, 1997; Jackson & Sullivan, 1999; Wainwright, 2000; Gregory, 2001; Kalischuk & Thorpe, 2002; Fasnacht, 2003), o Locus de Controlo, as Emoções e, mais recentemente, as de Inteligência Emocional (Tschikota, 1993; Damásio, 1995; Briody, 1996; Goleman, 1995 e 1998; Bechera *et al.*, 1997; Salovy & Sluyter, 1997, Branco, 1998; Freedman, 1998; Bellack, 1999; Hein, 1999; Watson, 1999; Cadman & Brewer, 2001; Hajenow, 2001; Simpson & Keegan, 2002 e Gould, 2003), pela sua importância no desenvolvimento de novas competências pessoais e sociais.

Igualmente, de entre as conclusões do nosso trabalho de mestrado, embora não tivesse constituído esse o seu principal objectivo, evidenciou-se a possível influência relevante de características individuais do enfermeiro no padrão de pensamento durante o processo de decisão clínica de enfermagem. Com efeito, no que se refere particularmente à enfermagem, estes aspectos revestem-se de primordial relevância por se tratar de uma disciplina considerada ciência e arte, que lida com seres humanos portadores de problemáticas muito complexas, por vezes mal definidas, cujo processo



de decisão exige, simultaneamente, conhecimento, experiência, pensamento crítico e intuição por um lado, e por outro muita criatividade, empatia e compaixão, além de outros aspectos, como referimos, de natureza emocional e relacional.

Nesta conformidade, pareceu-nos importante e justificável procedermos ao estudo do processo de decisão clínica de enfermagem e sua possível relação com algumas destas variáveis, tendo em conta o seu contributo para o ensino, a formação, a investigação e a prática clínica de enfermagem, bem como ainda para o desenvolvimento das novas tecnologias de informação e comunicação nesta disciplina.

Assim, tendo por principal finalidade o estudo do processo de prestação de cuidados ou de decisão clínica de enfermagem, com a presente investigação propusemo-nos estudar o seguinte problema: que relação existe entre padrões de habilidade cognitiva de pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional e o processo de decisão clínica de enfermagem?

Além disso, pretendemos atingir os seguintes objectivos: descrever o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem e identificar relações entre padrões de habilidade cognitiva e padrões de tomada de decisão clínica de enfermagem.

Considerámos ainda a seguinte hipótese: os padrões de tomada de decisão clínica de enfermagem variam em função de padrões de habilidade cognitiva diferenciais.

O presente trabalho, desenvolvido no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem entre 2000 e 2004, será apresentado em duas partes. Na primeira, parte teórica, abordaremos principalmente os aspectos relacionados com aquele problema e que decorrem da revisão da literatura que efectuámos. A segunda parte, parte empírica, destina-se sobretudo à descrição do trabalho de campo que realizámos e à apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Assim, após esta introdução, procederemos ao enquadramento teórico do problema, no qual, partindo das abordagens teóricas inerentes aos processos de prestação de cuidados e de tomada de decisão clínica de enfermagem, enunciaremos alguns dos métodos de estudo mais utilizados e passaremos, posteriormente, a referir os factores que influenciam aqueles processos, dando particular destaque às

habilidades cognitivas de pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional.

Na segunda parte, após a apresentação e fundamentação do desenho do estudo apresentaremos as técnicas de recolha e análise de dados utilizadas, alguns aspectos relacionados com o seu rigor, validade e fidelidade e teceremos ainda algumas considerações de natureza ética. Seguir-se-á a apresentação dos resultados obtidos em contextos reais de unidades de medicina, relativos ao processo de decisão clínica de enfermagem e os inerentes aos padrões de habilidades cognitivas, obtidos através da aplicação dos respectivos testes de avaliação.

A discussão dos resultados será posteriormente apresentada. Estes serão analisados e discutidos em confronto com a literatura actual, havendo também oportunidade para emitir algumas opiniões pessoais sobre o problema em análise, assim como para referir algumas limitações deste estudo.

Finalmente, apresentaremos as principais conclusões do nosso trabalho, referindo algumas das suas implicações a diferentes níveis, e acrescentando algumas recomendações.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

No capítulo que se segue iremos abordar alguns dos conceitos mais relevantes do nosso estudo. Igualmente faremos referência às teorias ou opiniões de peritos, bem como ao estágio actual do conhecimento sobre a temática inerente ao nosso problema de investigação.

Não obstante alguns autores separarem aqueles dois aspectos, designando o primeiro por quadro teórico ou quadro conceptual e o segundo por revisão da literatura (Fortin, 2000), neste capítulo efectuaremos o enquadramento do tema - decisão clínica de enfermagem e habilidades cognitivas -, nas duas vertentes, não procedendo, assim, à sua separação.

Começaremos por abordar o processo de prestação de cuidados e o processo de tomada de decisão clínica na enfermagem, seguir-se-ão os métodos de estudo, passando-se posteriormente a referir os factores que os influenciam, destacando as habilidades cognitivas de pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional.

### **1.1. O PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Ao processo pelo qual os enfermeiros asseguram os diferentes cuidados aos utentes, famílias ou comunidades tem sido comum designar-se Processo de Enfermagem.

De acordo com Adams (1999) a profissão de enfermagem adoptou o método científico para assegurar o contributo específico da enfermagem para os cuidados de saúde, designando-o de processo de enfermagem, o qual envolve intervenções nos domínios do observar, do analisar, do formular problemas ou diagnósticos de enfermagem, do desenvolver e implementar intervenções criativas para resolver os problemas e do avaliar os resultados “com a mente aberta” para rever as intervenções, quando necessário.

No entanto, não obstante a evolução positiva do processo de enfermagem ao longo dos tempos, o certo é que nem sempre a sua descrição se tem mostrado adequada à complexidade e à dinâmica da prática clínica quotidiana dos enfermeiros. Além disso, o carácter por vezes obrigatório da sua utilização nos sistemas de documentação, sem a devida reflexão e adequação aos diferentes contextos, conduziu a uma certa imagem negativa, sendo frequente a sua conotação com um conjunto de registos ou procedimentos administrativos, que pouco ou nada têm a ver com o processo de pensamento efectivo dos enfermeiros na prestação de cuidados (Hesbeen, 2000).

O processo de enfermagem corresponde a um movimento iniciado na década de cinquenta. A partir desta data, o mesmo tem vindo a ser alvo de grande debate no seio da profissão, quer a nível internacional quer nacional, embora um pouco mais tardiamente neste último. Todavia, apesar do tempo decorrido desde então, os estudos realizados neste âmbito ainda são considerados insuficientes por diferentes autores (Noyes, 1995; Cust, 1995; Fonteyn, 1998; Pesut & Herman, 1999; Taylor, 2000; Takemura & Kanda, 2003).

Aliás, a complexidade, o carácter dinâmico e interactivo dos contextos de prestação de cuidados, exige a sua contínua adaptação. Como nos referem Pesut & Herman (1999), à medida que os sistemas de cuidados de saúde assumem uma orientação para os resultados, o processo de enfermagem necessita de modificação.

Ao reverem a história do processo de enfermagem, estes autores agruparam essas tendências e transformações em três gerações, cada qual influenciada pelo estágio do conhecimento da altura, bem como pelas forças operativas durante a sua formação.

Em conformidade com estes autores, a primeira geração do processo de enfermagem, a que designam de “Problemas e Processos”, corresponde às décadas cinquenta, sessenta e setenta.

Como nos referem, desde a década de cinquenta, o processo de enfermagem tem providenciado a estrutura para o pensamento em enfermagem, tendo sido desenhado para organizar o raciocínio para que a resolução dos problemas dos utentes pudesse ser antecipada. Apresentam como exemplo a lista de vinte e um problemas de enfermagem de Abdellah os quais pretendiam constituir os focos dos cuidados de enfermagem.

Nesta geração, o processo de enfermagem era constituído por quatro etapas: avaliação inicial, planeamento, intervenção e avaliação, constituindo estas o método de resolução de problemas de enfermagem.

Ainda de acordo com Pesut & Herman (1999), este método de abordagem do processo de prestação de cuidados foi bastante útil porque permitiu a focalização da atenção dos profissionais na necessidade de pensar antes de agirem. Além disso, à medida que maior experiência na sua utilização era conseguida, mais conhecimento de enfermagem era produzido.

Nesta fase, os programas de formação centravam-se nos problemas e os cuidados de enfermagem orientavam-se para as soluções. No entanto, ao nível da prática quotidiana da enfermagem, este método pouco tinha a ver com os problemas específicos dos utentes. Os cuidados eram orientados para uma determinada trajectória evolutiva da condição patológica ou de intervenção cirúrgica do utente, dando-se início aos conhecidos caminhos críticos (*critical paths*).

Em muitas circunstâncias a identificação e a resolução de problemas dos utentes tornava-se rotinizada e o pensamento durante a prestação de cuidados era substituído pelo ritual, pela tradição, por directrizes ou por procedimentos. Muitos destes problemas e intervenções eram previsíveis surgindo a necessidade de classificação e *standardização*.

Um marco de referência desta etapa, referido pelos autores, foi o surgimento da primeira conferência para a classificação dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, problemas identificados pelos enfermeiros na sua prática e cuja resolução dependia da intervenção autónoma do enfermeiro.

Com a ênfase colocada neste renovado conceito, surge então a necessidade de acrescentar uma nova etapa ao processo de enfermagem, etapa esta correspondente à formulação do diagnóstico, a qual derivava da análise da informação que este sustentava e a sua relação com a respectiva etiologia. Assim sendo, havia como que uma dupla avaliação inicial do problema: uma destinada à sua identificação e outra visando o relacionamento com o factor etiológico que não incluía a situação patológica, condição ou problema (diagnóstico) médico.

O raciocínio diagnóstico envolvia a identificação de sinais e sintomas (*cues*) e a análise de dados de uma determinada situação clínica específica, resultando, na

opinião dos citados autores, em uma revolução no pensamento dos enfermeiros, que ainda perdura na prática clínica de enfermagem contemporânea, efectuando-se uma mudança da ênfase na identificação e resolução de problemas para o raciocínio diagnóstico.

Esta mudança, segundo referem, permitiu o surgimento de vários estudos sobre o raciocínio diagnóstico e o pensamento crítico dos enfermeiros, os quais constituíram a marca e os sinais de que uma segunda geração do processo de enfermagem estava a surgir na década de setenta.

A esta segunda geração do processo de enfermagem Pesut & Herman (1999) designaram de “Diagnóstico e Raciocínio”, tendo sido, em suas opiniões, característica das décadas setenta, oitenta e noventa.

Tal como referem Pesut & Herman (1999), outros consideravam, ainda há relativamente pouco tempo, que o processo de enfermagem correspondia ao processo de resolução de problemas (Pardue, 1987; Harbison, 1991; Fonteyn & Cooper, 1994; Carpenito, 1995; Crow *et al.*, 1995; Roberts *et al.*, 1996; Luís Rodrigo, 1997, entre outros).

Ainda de acordo com Pesut & Herman (1999), em 1973 a Associação Americana de Enfermeiros publicou o documento *Standards of Nursing Practice*, o qual estabelecia um processo de enfermagem de cinco etapas como um *standard* de cuidados: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação.

Outros porém denominavam as cinco etapas de: colheita de dados; identificação de problemas / diagnóstico de enfermagem; elaboração do plano; execução e avaliação (Atkinson & Murray, 1990; Hurst *et al.*, 1991; Mortensen, 1992; Gibson, 1993; Carpenito, 1995; Alfaro-Lefevre, 1997, entre outros).

De acordo com Pesut & Herman (1999), na década de 70, ao nível da educação e da investigação em enfermagem, a compreensão do processo e do produto do raciocínio diagnóstico constituía uma preocupação central. As publicações científicas daí resultantes relacionavam-se com os diagnósticos de enfermagem e o raciocínio diagnóstico e, tornava-se já então claro que o processo de prestação de cuidados na enfermagem requeria mais do que um cenário de problema-solução.

Assim, uma nova concepção de processo de enfermagem começa a surgir preconizando um processo de pensamento mais elaborado que ajudasse os enfermeiros a gerir a informação e a tomar decisões.

Segundo os mesmos autores, a literatura da altura definia o raciocínio diagnóstico como um padrão de etapas, incluindo a consideração dos dados do período anterior ao contacto com o utente, a procura de informação, o apontar uma direcção para a recolha de dados, a agregação dos sinais e sintomas (*cue clustering*), a formulação de hipóteses diagnósticas, a focalização na procura de sinais e sintomas relevantes e a testagem das hipóteses (a que melhor se enquadra nos dados), com vista à obtenção do diagnóstico. A natureza e os termos inerentes ao pensamento em enfermagem mudaram da identificação de problemas para a formulação e testagem de hipóteses.

Este novo modelo transformou por completo a concepção do processo de enfermagem de então. Segundo referem Pesut & Herman (1999), o processo de raciocínio diagnóstico proposto por Gordon (1992) e Carnevali *et al.* (1994) abandonou por completo o processo de enfermagem como sendo um processo lógico, linear, ou de resolução de problemas etapa a etapa, sendo este modelo, de segunda geração, fortemente influenciado pelas teorias e conceitos do processamento de informação e do processo de tomada de decisão.

Além disso, os desenvolvimentos nestas áreas levaram a que os enfermeiros começassem a questionar a utilidade do processo de enfermagem tradicional, sendo que o debate sobre as suas vantagens e desvantagens tornou-se numa referência habitual na literatura, debate esse que ainda persiste actualmente (Pesut & Herman, 1999; Attree & Murphy, 1999; Marks-Maran, 1999; Taylor, 2000; Girot, 2000; Takemura & Kanda, 2003, entre outros.)

Para Attree & Murphy (1999) o processo de enfermagem tem funcionado de modo efectivo na prática clínica, formação e investigação em enfermagem. Argumentam que o processo de enfermagem está a atingir um estatuto pós-moderno através da revitalização e modernização, como síntese de teorias baseadas na prática.

De acordo com estas autoras, o processo de enfermagem é também uma filosofia ou uma ideologia, que promove os cuidados individualizados, holísticos e centrados no utente, e defendem que os enfermeiros devem utilizar o processo de enfermagem como um instrumento de tomada de decisão clínica, conforme o seu nível de

desenvolvimento de competências. Contudo referem a necessidade de revisão e actualização do tradicional conceito de processo de enfermagem.

Pelo contrário, Marks-Maran (1999) argumenta que o processo de enfermagem não representa o processo mental pelo o qual os enfermeiros tomam as suas decisões, confinando a sua utilidade apenas como instrumento organizador para a documentação do processo retrospectivo de como os cuidados foram prestados, devendo, por isso, separar-se a sua função de documentação da sua utilização como método para a tomada de decisão clínica. Segundo refere, o processo de enfermagem tenta persuadir-nos de que os enfermeiros pensam e planeiam de modo linear, assumindo que os enfermeiros efectuam uma apreciação do utente e identificam problemas, planeiam, executam o plano e avaliam, mas no mundo real não é isto que acontece, porque o mundo de enfermagem é caótico.

Opinião semelhante é partilhada por Girot (2000) quando afirma que, no contexto de ambiguidade e de incerteza que caracteriza a prática de enfermagem, a abordagem científica e racional do processo de tomada de decisão é inapropriada e, mais importante, sublinha, o julgamento profissional no processo de tomada de decisão não pode ser prescrito, uma vez que os enfermeiros têm de lidar com essas incertezas e mudanças contínuas da prática clínica quotidiana, de um modo muito complexo e individual.

Porém Fowler (1997) e, mais recentemente Takeman & Kanda (2003), são de opinião de que o processo de enfermagem não se confina à mera resolução de problemas dos utentes, incluindo o processo humano de cuidar e a interacção do enfermeiro com o utente, para além de outros aspectos.

Ainda de acordo com Pesut & Herman (1999), parte do debate à volta do processo de enfermagem envolveu uma confusão e uma discrepância entre os termos “processo diagnóstico”, “raciocínio clínico”, “tomada de decisão” e “juízo clínico”, opinião esta partilhada por autores, como Abdu-Saad & Hamers (1997), Fonteyn & Riter (2002), Thompson & Dowding (2002), entre outros, e sobre a qual falaremos um pouco mais detalhadamente no subcapítulo seguinte.

Continuando, no entanto, a citar Pesut & Herman (1999), em meados da década de oitenta, sobretudo devido aos trabalhos de Patrícia Benner e outros, as diferenças no processo de pensamento entre enfermeiros principiantes e peritos começaram a tornar-



se evidentes. Os seus estudos demonstraram que os enfermeiros peritos nem sempre utilizam o processo de enfermagem, confiando antes na experiência e na combinação dos saberes práticos e académicos. O papel da intuição e da pessoa como foco do raciocínio acerca das necessidades de cuidados era então salientado.

Igualmente, segundo referem Pesut & Herman (1999), foi já no final da década de oitenta que os sistemas de prestação de cuidados de saúde passaram a enfatizar a sua atenção na especificação e medida dos resultados, com impacto no processo de cuidados de enfermagem. Como salientam, o enunciado da política social da Associação Americana de Enfermeiros de 1995, focalizando-se nos resultados, desenfatizou a abordagem dos cuidados de enfermagem centrados nos problemas. A investigação no pensamento e raciocínio por seu lado trouxe novos contributos para a compreensão da natureza destes processos.

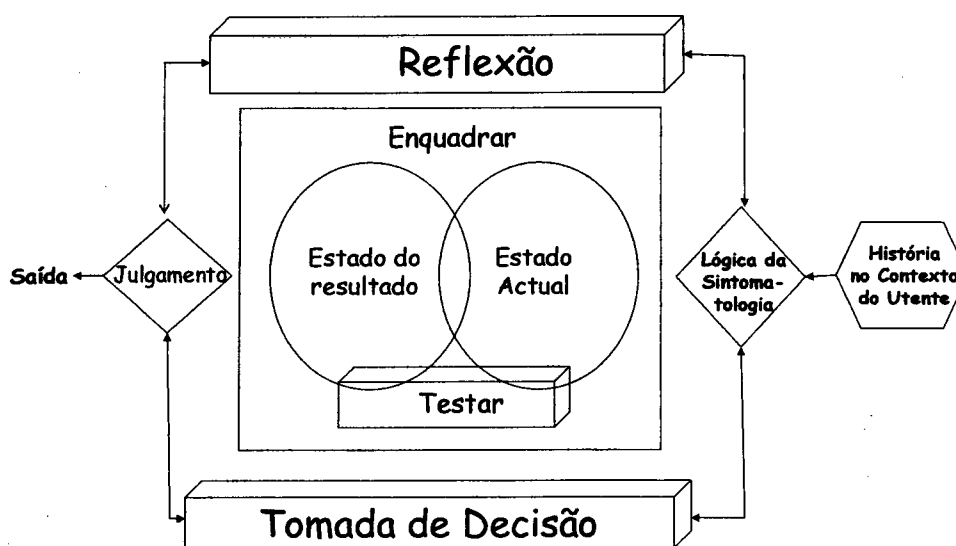
Estes dois fenómenos, no seu conjunto, e segundo ainda a opinião destes autores, deram início à próxima transformação do processo de enfermagem, surgindo, assim, uma terceira geração, a qual designaram de “Especificação e Verificação de resultados”.

Como preconizam Pesut & Herman (1999), a prática de enfermagem contemporânea, focalizada em resultados e na análise complexa das múltiplas condições do utente / cliente requerem pensamento crítico. Por seu lado, segundo salientam, o desenvolvimento de sistemas de classificação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem proporcionam o vocabulário para o raciocínio clínico e requerem novos modelos deste, os quais, em vez de ajustar o novo conhecimento ao antigo modelo de processo de enfermagem, criem um novo modelo de raciocínio, completamente diferente. Neste sentido, afirmam, as habilidades de pensamento crítico e criativo são essenciais para o desenvolvimento dos diagnósticos, do conhecimento de enfermagem e de teorias relevantes para a sua prática.

Com semelhante opinião, confrontámo-nos com outros autores dos quais destacamos Meynard (1996), Alfaro-Lefevre (1997), O’Neill & Dluhy (1997), Fonteyn (1998), Daly (1998, 2001), May *et al.* (1999), Hansten & Washburn (1999), Duchscher (1999), Girot (2000), Rapps *et al.* (2001), Williams, 2002; Seymour *et al.* (2003), Profetto-McGrath (2003), entre outros.

Nesta linha de pensamento, Pesut & Herman (1999) desenvolveram um modelo que, segundo referem, é passível de acomodar as mudanças no processo de enfermagem ao longo do tempo, concebendo o raciocínio clínico como reflexivo, concorrente, criativo e com pensamento crítico embebido na prática de enfermagem. O modelo que estes autores propõem designa-se por modelo OPT (*Outcome-Present State-Test*) e afirmam ser este mais compreensivo do que os anteriores, providenciando a estrutura para o raciocínio interativo, que é necessário para a prática da enfermagem contemporânea (Vide Fig. 1).

Figura 1: Modelo OPT (*Outcome-Present State-Test*) de raciocínio clínico reflexivo a)



a) Reproduzido e traduzido de Pesut & Herman (1999, pag.25)

No sentido de sublinharem a necessidade dos diferentes processos envolvidos no raciocínio, recomendam que a sua leitura seja feita da esquerda para a direita, começando pela história do utente.

Segundo os proponentes do modelo OPT, a história do utente e do seu contexto, fornece os factos e os sinais e sintomas interligados de modo lógico. Estas ligações fornecem o conhecimento que é necessário para a determinação do quadro, estado do

resultado, estado actual, e o teste que é necessário efectuar para estipular se o resultado foi ou não atingido.

Neste modelo, o processo de tomada de decisão clínica constitui uma das componentes do processo de enfermagem ou de prestação de cuidados, sendo este definido como a selecção das acções de enfermagem para conseguir o resultado esperado.

Após a implementação destas, torna-se necessário efectuar um teste, o qual é conseguido através da comparação, lado a lado ou por justaposição, entre o resultado esperado e o estado actual, a qual cria uma condição de teste relativo à adaptação ou não adaptação da mesma. O concomitante julgamento relacionado com o nível de adaptação determina o significado do teste.

Este julgamento, referem, pode resultar no abandono da situação de raciocínio, na alteração da decisão tomada acerca das acções de enfermagem, na reformulação das condições do teste ou no reenquadrar a situação. Tal como outros, os autores deste modelo afirmam ainda que o processo de reflexão constitui o suporte de todo o processo de raciocínio clínico.

Pesut & Herman (1999), autores do modelo OPT, analisaram ainda as semelhanças e as diferenças entre o modelo proposto e o do processo de enfermagem tradicional, o método científico e a resolução de problemas. Entre as observações que nos referem, afirmam que, em primeiro lugar, todos os modelos guiam o pensamento de modo peculiar, iniciam-se com uma avaliação inicial organizada e envolvem de um modo ou outro, o diagnóstico, a avaliação e o julgamento.

Igualmente afirmam existirem um desenvolvimento e uma progressão, dentro de cada modelo, da identificação de problemas para o enquadramento das situações e contextos, sendo o modelo OPT, o único que, em termos da sua focalização, explicita a história do utente como forma de enquadrar relações entre contextos, estados actuais e resultados esperados.

Além disso, o modelo OPT enfatiza o facto de o raciocínio ser concomitante e interactivo, enquanto que nos outros modelos, a progressão é feita gradualmente. No modelo OPT as comparações por justaposição dos resultados com a informação acerca do estado actual dos utentes/clientes criam as condições teste acerca de que julgamentos e conclusões são produzidos, dadas as decisões e as acções empreendidas.

Ainda de acordo com os seus proponentes, o modelo OPT requer habilidades de pensamento de nível superior. Nele existe um ponto para terminar o processo de raciocínio. Finalmente, referem, o modelo OPT tem maiores possibilidades de acomodar o desenvolvimento do conhecimento actual e futuro da enfermagem e de outras disciplinas.

Continuando a enumerar as diferenças entre os modelos tradicionais e o modelo OPT, os autores afirmam que o processo de enfermagem tradicional é um processo linear, que se focaliza nos problemas, especificando o quem, o que e o quando, sendo a avaliação realizada em função da consecução do objectivo, enquanto que o modelo OPT é mais circular e fluido, revela vários problemas, inclui a visão global e focaliza-se no porquê e no como se pode actuar para promover ou atingir a transição do actual estado para o desejado.

Em suma, como referem os autores proponentes do modelo OPT, este constitui um modelo de processo de enfermagem que enfatiza a reflexão, a especificação de resultados e a verificação em função da história do utente, sendo, por isso, mais adequado às actuais necessidades do processo de prestação de cuidados de enfermagem.

De facto, o modelo OPT aproxima-se mais do conceito de processo de enfermagem referido na literatura recente como sendo este um contínuo de interacção com o utente durante a prestação de cuidados, envolvendo competências e capacidades de nível mais elevado, tais como as de metacognição (Alfaro-Lefevre, 1997; Fonteyn, 1998; Fonteyn & Ritter, 2002, entre outros).

Neste subcapítulo, procurámos descrever o processo de prestação de cuidados de enfermagem como sendo equivalente ao processo de enfermagem, na sua concepção mais genérica e recente.

Naquele que se segue, abordaremos um outro conceito - o de processo de decisão clínica de enfermagem -, conceito este por vezes confundido com o de processo de enfermagem.

## 1.2. O PROCESSO DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Como referimos anteriormente, os termos Processo de Enfermagem e Processo de Prestação de Cuidados são termos diferentes que se referem ao mesmo conceito. Outro termo, porém, tem surgido na literatura como equivalente: o de Processo de Decisão Clínica de Enfermagem.

Não obstante alguns autores estabelecerem algumas diferenças entre estes conceitos, a revisão da literatura que efectuámos revela que tais diferenças se referem mais à adequação ou não do modelo de processo de enfermagem proposto ao processo de pensamento dos enfermeiros durante a prestação de cuidados, do que ao facto de de entidades distintas se tratarem (Abdu-Saad & Hamers, 1997; Pesut & Herman, 1999; Attree & Murphy, 1999; Fonteyn & Ritter, 2000; Takemura & Kanda, 2003).

Tal constatação pode ser melhor ilustrada pela afirmação de Thompson (1999, p.1222) quando este refere que, “relativamente ao processo de decisão na enfermagem, numerosas expressões têm sido utilizadas pelos autores para o que é, na essência, o mesmo fenómeno: decisões tomadas por enfermeiros, relacionadas directamente com diagnósticos de enfermagem ou intervenções em contextos clínicos”. O autor adianta contudo que o termo processo de tomada de decisão tem sido o mais utilizado, enunciando outros termos e respectivos autores, tais como “juízo clínico” (Benner & Tanner, 1987), “inferência clínica” (Hammond, 1964), “raciocínio clínico” (Grobe *et al.*, 1991) e “raciocínio diagnóstico” (Radwin, 1990).

Thompson (1999) refere ainda que, independentemente da intenção e finalidade, estes termos são intermutáveis, dado que todos descrevem um único processo, designadamente, a “operacionalização do conhecimento de enfermagem” na perspectiva de Luker & Kenrick (1992) e por ele adoptada no modelo que propõe.

Ainda de acordo com Thompson (1999), não obstante a falta de homogeneidade linguística, uma variedade de modelos de decisão clínica na enfermagem, tanto normativos como descritivos, têm sido propostos, sendo que, em sua opinião, todos eles se enquadram em duas discretas categorias teóricas: o “sistemático-positivista” e o “intuitivo-humanista”, possuindo ambos pontos fortes e pontos fracos.

Da análise efectuada a estes pontos à luz de quatro temas, comunicabilidade, simplificação, especificidade contextual e aplicabilidade, o autor conclui que nenhum

deles *per si* explica cabalmente o processo de decisão clínica na complexa prática de enfermagem, sendo que ambos têm algo a oferecer.

De facto, ao analisarmos os estudos que têm sido realizados sobre o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem podemos verificar que existe uma dicotomia entre dois grupos principais: o analista, positivista ou racionalista, e o intuitivo (Brooks & Thomas, 1997; Luker *et al.*, 1998; Thompson, 1999; Hallett *et al.*, 2000; Greenwood *et al.*, 2000; Lauri *et al.*, 2001; Arslanian-Engoren, 2002; Caelli *et al.*, 2003), entre outros.

Luker *et al.* (1998), afirmam, por exemplo, que do estudo da decisão efectuado por diferentes autores, esta poderá ser concebida como estando dividida em duas perspectivas: aqueles que vêem a decisão no sentido objectivo, positivista, como algo que pode ser reduzido a factos e a processos lineares e aqueles que acreditam serem estes processos baseados na intuição. Para os defensores da segunda perspectiva, a intuição é um processo que não é facilmente reduzível e, por conseguinte, não poderá ser apresentado sob a forma de um esquema lógico.

Da mesma opinião partilham Hallett *et al.* (2000) ao se referirem a diferentes teóricos da decisão na enfermagem. Segundo referem, os autores que consideram o processo de decisão como sendo linear, redutível a uma compreensão objectiva, um processo etapa a etapa, podem eles próprios, serem divididos em três grupos: os pragmáticos (*pragmatists*), que focam a sua atenção nas fontes de informação utilizadas na tomada de decisão; os sistemáticos (*systematisers*), que focam a sua atenção no processo de decisão em si mesmo como uma entidade estruturada, esquemática; e aqueles que se apoiam na psicologia cognitiva, os diagnosticadores (*diagnosticians*), que vêem o processo de decisão como um processo de raciocínio diagnóstico.

Fonteyn & Ritter (2002), por seu lado, referem que o processo de tomada de decisão, o qual designam de raciocínio clínico, tem sido abordado sob três perspectivas teóricas principais: o processamento de informação, a análise da decisão e a hermenêutica, agrupando os estudos realizados em estudos sobre o juízo clínico, resolução de problemas e tomada de decisão, intuição e raciocínio clínico.

Não obstante as diferenças entre estes grupos, outros autores defendem a conciliação dos modelos e a sua aplicação eclética circunstancial, em função de múltiplas variáveis inerentes à natureza do problema ou situação, ao contexto, aos recursos disponíveis, ou ainda, à natureza intrínseca das próprias pessoas envolvidas no processo de decisão, de que falaremos mais à frente neste capítulo.

Assim, no que se refere aos modelos de tomada de decisão mais recentemente referidos na literatura, para além do proposto por Pesut & Herman (1999), o qual desenvolvemos no subcapítulo anterior, confrontámo-nos com o de Thompson (1999), que propõe uma explicação alternativa da decisão, considerando-a como um contínuo, tal como foi proposto por Hammond (1988).

Este autor, referindo-se ao modelo de Hammond (1988), afirma que, não obstante a sua análise ser baseada na medicina, este apresenta alguns pontos-chave que se aplicam à prática da enfermagem.

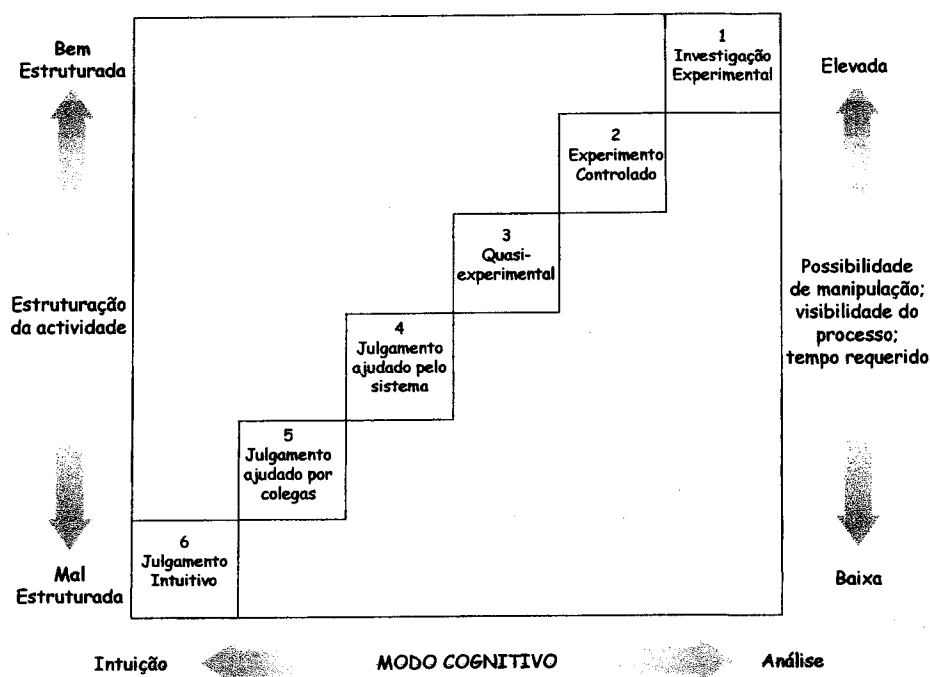
Na defesa do modelo que preconiza, o qual designa de “Processo de Tomada de Decisão Contínuo”, Thompson (1999) refere que a postura sistemático-positivista, baseada na abordagem da teoria do processamento da informação, e a postura intuitivo-humanista, representada por Benner, situam-se nos pólos extremos de um contínuo cognitivo. Conforme refere, a promoção das duas abordagens como pólos num contínuo, em vez de entidades diametralmente opostas, é uma solução que reconhece a diversidade da estratégia cognitiva individual.

Igualmente, Attree & Murphy (1999) referem que nada existe na metodologia do processo de enfermagem que impeça a sua utilização dinâmica ou restrinja o pensamento intuitivo ou criativo, antes pelo contrário, requer estratégias de raciocínio tanto dedutivas como indutivas para apreciar, planejar, implementar, documentar e avaliar os cuidados de modo efectivo.

Mais recentemente, Lamond & Thompson (2000) e Thompson & Dowding (2002) referem existir um consenso cada vez maior acerca de que formular juízos clínicos e tomar decisões (em conjunto, sinónimo de processo de tomada de decisão clínica de enfermagem) é muitas vezes uma combinação de fases no processo de raciocínio (tal como preconizado pela abordagem do processamento da informação) e intuição.

Assim, baseando-se na teoria do contínuo cognitivo proposta por Hammond (1988), estes autores referem que as determinantes major inerentes à utilização por um profissional da abordagem racional ou intuitiva no processo de decisão são influenciadas pela posição que a tarefa de decisão ocupa no contínuo. Este contínuo varia entre os pólos intuição pura, passa pelo sistema de apoio ao julgamento, indo até à análise na sua versão genuína, e que é representada pelo experimento científico.

Figura 2: O contínuo cognitivo de Hammond (1988) a)



a) Reproduzido e traduzido de Thompson & Dowding (2002, pag. 13)

Segundo Thompson & Dowding (2002), à luz desta teoria, o modo cognitivo mais apropriado a uma determinada actividade depende de três factores: a sua estrutura, a quantidade de informação clínica presente e o tempo disponível para efectuar o juízo ou tomar a decisão.

Assim, referem, se a tarefa for pouco estruturada, possuímos muita informação clínica e dispusermos de pouco tempo para formular o juízo ou tomar a decisão, a intuição configura a forma de cognição mais adequada. Pelo contrário, se estivermos



perante uma actividade bem estruturada, existir pouca sintomatologia e tivermos muito tempo disponível, então um modo cognitivo mais analítico torna-se mais apropriado.

De facto, outros estudos recentes e opiniões de autores conceituados apontam cada vez mais para este pressuposto (Crow *et al.*, 1995; Benner 1996; Fowler, 1997; Rolfe, 1999; Jesus, 1999; Hallett *et al.*, 2000; Greenwood, 2000; Girot, 2000; Lauri *et al.*, 2001; Offredy, 2000, 2002; King & Clark, 2002).

Por exemplo, Lauri *et al.* (2001), num estudo realizado em cinco países e, tendo como objectivos descrever o processo cognitivo utilizado pelos enfermeiros nos seus processos de tomada de decisão e identificar as variáveis a eles associadas, verificaram a utilização de cinco modelos de decisão. Estes resultados foram obtidos a partir da análise factorial das respostas a um questionário aplicado a 459 enfermeiros participantes.

Aos modelos correspondentes aos pólos extremos do contínuo cognitivo de Hammond (1988), as autoras designaram “modelo analítico etapa a etapa”, representando este o processo de tomada de decisão analítica naquela teoria, e designaram “modelo intuitivo de reconhecimento de padrões”, o correspondente ao processo de tomada de decisão intuitiva.

Segundo as autoras, a ênfase do modelo de reconhecimento de padrões verificou-se nas fases de planeamento, implementação e avaliação, enquanto que a do modelo analítico, etapa a etapa, verificou-se durante a recolha de informação, identificação de problemas e, igualmente, na fase de planeamento.

Outros três modelos intermédios foram ainda identificados, tendo sido designados de “modelo de processamento intuitivo”, “modelo de interpretação intuitiva” e “modelo analítico de processamento”, os quais, na opinião das autoras, são equivalentes aos modelos quase racionais defendidos por Hammond (1988).

De acordo com Lauri *et al.* (2001), estes resultados dão suporte à teoria do contínuo cognitivo de Hammond (1988), o qual, como vimos, sustenta que o processo de tomada de decisão inclui tanto processos de tomada de decisão analítica como intuitiva. Este trabalho permitiu concluir ainda que os modelos de processo de tomada de decisão das participantes foram variáveis de país para país e em função de diferentes situações de enfermagem.

Anteriormente, Fowler (1997), num estudo descritivo com o objectivo de identificar estratégias cognitivas utilizadas por enfermeiros durante o planeamento de cuidados verificou que os participantes utilizavam um raciocínio não linear de modo não sequencial, assemelhando-se a um contínuo de raciocínio clínico, com utilização de operadores cognitivos, isto é, um processo mental mais discreto que produz juízos acerca da sintomatologia, que variam entre os mais simples (exemplo, descrever) e os mais complexos (exemplo, formular juízos).

Como conclusão, refere que os enfermeiros utilizam conjuntamente operadores e estratégias cognitivas que sugerem um processo de raciocínio integrado e guiado pelos dados e não numa série de etapas, como o processo de enfermagem (tradicional) sugere.

O autor concluiu ainda que os enfermeiros não utilizaram uma abordagem orientada para os problemas ou diagnósticos antes de planearem cuidados para os utentes.

Por seu lado, Girot (2000) refere que, não obstante o processo de tomada de decisão poder ser decomposto em vários estágios, no mundo real, este é quase simultâneo, multifacetado e complexo. Para a autora, citando Jenks (1988), qualquer tentativa em separar as partes constituintes reveste-se de um procedimento puramente artificial.

Mais recentemente, Offredy (2002) desenvolveu um estudo tendo como principal objectivo identificar as diferenças no processo de tomada de decisão entre enfermeiros e médicos no diagnóstico e tratamento face aos mesmos cenários de utentes. Utilizou para tal a análise de protocolos de verbalização do pensamento, num total de 122 transcrições, tendo verificado a existência de dois tipos de decisão distintos: um inerente ao processo cognitivo do processo de decisão diagnóstica e outro referindo-se ao processo de decisão terapêutica ou de tratamento.

Para a codificação do primeiro, utilizou o modelo de processo de raciocínio diagnóstico proposto por Elstein *et al.* (1978), composto por quatro etapas, designadamente: identificação da sintomatologia relevante, geração de hipóteses,

interpretação da informação e avaliação de hipóteses. Para o segundo tipo de decisão, decisão terapêutica, foram necessários novos códigos, códigos estes desenvolvidos a partir dos dados do teste piloto, os quais consistiram em: diagnóstico, tratamento, aconselhamento, promoção do tratamento, persuasão e reencaminhamento para outro serviço ou para o médico.

Como refere Offredy (2002), estes resultados evidenciam um processo de tomada de decisão composto por nove estádios, que foram posteriormente subdivididos no sentido de facilitar uma compreensão do processo cognitivo e das decisões tomadas pelos participantes.

A interpretação destes resultados deve porém considerar a natureza específica do conteúdo funcional dos enfermeiros (*nurse practitioner*), muito próxima da do médico (*general practitioner*), além de se tratarem das mesmas condições de simulação de utentes.

Nesta mesma linha de pensamento, Lamond & Thompson (2000) referem a existência de ambos os tipos de raciocínio, analítico e intuitivo, no processo de decisão clínica de enfermagem, consoante a actividade, suportando, deste modo, a teoria do contínuo cognitivo de Hammond (1988). Todavia, defendem a importância da componente analítica para a qualidade da prática clínica, na qual se possa conhecer as bases da decisão.

Mais recentemente, Thompson & Thompson (2001), Takemura & Kanda (2003), Dowding & Thompson (2003), Thompson (2003) e Estabrooks (2003) salientam, igualmente, a importância do conhecimento e de uma decisão baseada na evidência, embora incluindo a experiência e as preferências do utente naquele processo.

Também em Portugal, Jesus (1999), desenvolveu um estudo descritivo, qualitativo, recorrendo à técnica de verbalização do pensamento durante a simulação de casos clínicos e entrevistas semi-estruturadas. Teve como principais objectivos descrever o processo de decisão clínica, ou seja, as estratégias cognitivas dos enfermeiros aquando da formulação de juízos clínicos sobre os problemas / diagnósticos de enfermagem dos utentes e comparar este processo entre enfermeiros principiantes e experientes. Chegou à conclusão de que, apesar de ter identificado

estratégias cognitivas inerentes ao processo de raciocínio hipotético-dedutivo, este não se verificou de forma muito frequente, pelo que concluiu que este não constituiu um processo central nos enfermeiros participantes, durante a avaliação inicial dos utentes.

Além disso, a presença de estratégias de pensamento, tais como “revisão da informação”, “procura de informação adicional”, “identificação de problemas / diagnósticos de enfermagem”, “formulação do problema / diagnóstico de enfermagem” e “prescrição de intervenções”, poderá evidenciar a utilização do modelo de estádios entre os enfermeiros de ambos os grupos. Igualmente, o reconhecimento de padrões e a intuição foram identificados no decurso da entrevista em alguns dos participantes.

Mais recentemente, King & Clark (2002), num estudo envolvendo 61 enfermeiros de serviços de cirurgia e de cuidados intensivos, com o objectivo de explorar os níveis de perícia clínica dos mesmos e, especificamente, de identificar a percepção e a utilização da intuição no contexto das suas práticas, através da observação e de entrevistas, constataram a presença de elementos de raciocínio intuitivo e analítico em todos os quatro níveis progressivos do contínuo de desenvolvimento de competência encontrados. Tais níveis, por sua vez, eram coincidentes com os de Benner (1982, 1984, 1992, 1996). No entanto, referem a utilização mais fluente e efectiva tanto da componente intuitiva como da analítica no processo de tomada de decisão no grupo de peritos.

Segundo as mesmas autoras, dos dois processos principais emergentes neste estudo, o primeiro é mais conhecido pelo pensamento analítico, no qual os enfermeiros consideram de modo consciente a informação para chegarem à decisão; e o segundo, o que envolve a utilização do *intuitive awareness*, ou seja, a consciência intuitiva da existência de mudança sem qualquer esforço consciente do processo de decisão.

Para as autoras, a consciência intuitiva salienta sentimentos, respostas psicológicas ou comportamentais que, frequentes vezes, conduzem à utilização do modelo de pensamento analítico para identificar a fonte de preocupação no utente.

Uma outra perspectiva é-nos, no entanto, apresentada por Brooks & Thomas (1997).

De acordo com as autoras, ainda nenhum estudo abordou o processo de tomada de decisão clínica na enfermagem à luz de um quadro teórico de enfermagem e, por isso, desenvolveram uma teoria de médio alcance - *Brooks's Theory of Intrapersonal Perceptual Awareness (BTIPA)* -, como uma proposta de abordagem educativa holística daquele processo.

Conforme referem, esta é uma teoria derivada do modelo dos sistemas interactivos de King (1981), o qual preconiza três sistemas de comunicação: pessoal, interpessoal e social. O modelo que desenvolveram assenta, por seu lado, nos conceitos de percepção, de julgamento, de consciência da percepção intrapessoal e de tomada de decisão.

Segundo Brooks & Thomas (1997), a premissa central do BTIPA é a de que o enfermeiro é uma pessoa integral, e envolve-se em todas as situações clínicas como um todo. Por outras palavras, é o todo da pessoa, isto é, tudo o que o enfermeiro é intrapessoalmente - no perceber, no julgar, no perceber, no intuir, no pensar, no sentir, no acreditar e no valorizar a pessoa - quem toma a decisão.

Este modelo descreve ainda os processos pelos quais as pessoas, em geral, aprendem a tomar decisões, como os enfermeiros, em particular, tomam as decisões na prática clínica e como os professores podem ensinar os estudantes a tomar as decisões.

Segundo as mesmas autoras, neste modelo, a percepção inclui a intuição, sendo esta definida como compreendendo três partes: um reconhecimento sensorial imediato e concreto através da visão, da audição, do olfacto, do gosto e do tacto dos eventos ambientais; um pressentimento intuitivo ou reconhecimento de eventos ambientais e um julgamento cognitivo e afectivo.

O julgamento neste modelo é igualmente composto por três processos: o processo pessoal de interpretar objectos, eventos e situações no ambiente, através de processos cognitivos e afectivos; o de relacionar com o *background* experiencial, de crescimento e de desenvolvimento, educacional, cultural, religioso e socioeconómico; e o de interagir concomitantemente com a percepção sensorial e intuitiva.

A consciência de percepção intrapessoal constitui um outro elemento deste modelo. As autoras, baseando-se na definição de enfermagem de King (1981) - perceber, pensar, relacionar, julgar, e actuar face a face ao comportamento das

peças presentes na situação de enfermagem -, no modelo que propõem, defendem a interação da percepção e do julgamento, no processo de tomada de decisão.

Ainda com base em King, referem que existe uma comunicação intrapessoal que acontece logo que a pessoa recebe informação de estímulos do meio ambiente e que o significado dessa mesma comunicação está dentro da pessoa e não na informação obtida. Sugerem a existência de uma interação intrapessoal entre o processo de percepção e de julgamento, através do qual a interpretação (significado) dos eventos ambientais acontece. Tudo isto implicando, segundo referem, que a consciência dos eventos situacionais é o factor que influencia a acção através da percepção e do julgamento dessas situações.

Por isso propõem que a consciência de percepção intrapessoal decorre da interação da pessoa, no seu todo, com a percepção e o julgamento no processo de tomada de decisão, sendo este evidenciado através da tomada de consciência do significado intrapessoal do enfermeiro - reconhecer, julgar, perceber, intuir, pensar, sentir, valorizar, e acreditar - e da informação ambiental que é comunicada numa situação clínica.

No que concerne a decisão, e para Brooks & Thomas (1997) sustentadas pela teoria de King (1981), segundo a qual toda a acção é baseada, em certa medida, na consciência da percepção, aquela inclui, necessariamente, a percepção (processo sensorial e intuitivo) e o julgamento (processo cognitivo e afectivo) de situações com a intenção de realizar algo (comportamento intencional ou acção) acerca da situação. Segundo referem, uma vez que os comportamentos são observáveis, tudo isto resulta da existência de uma decisão intrapessoal que ocorre no sistema pessoal que precede a acção interpessoal. A consciência da percepção intrapessoal é, por isso, pré-comportamental e a decisão, o resultado representado pela acção intencional ou escolha da não acção.

Num estudo descritivo, desenvolvido por Brooks & Thomas (1997), com o objectivo de validar e rever o modelo BTIPA, envolvendo estudantes e seniores com experiência profissional clínica (enfermeiros com idades compreendidas entre os 20 e os 46 anos), utilizando entrevistas estruturadas para identificar o processo de tomada de decisão em situações clínicas reais e simuladas, os resultados obtidos permitiram suportar a premissa central deste modelo, ou seja, a de que o enfermeiro, como um

todo que, percebendo, julgando, percebendo, intuindo, pensando e sentindo, toma as decisões nas situações com que se depara.

O estudo permitiu ainda a conceptualização do modelo de Brooks (BTIPA - *Brooks Theory of Intrapersonal Perceptual Awareness*), segundo o qual as características intrapessoais (crenças, valores, educação, experiência, religião e factores socioculturais) interagem com os processos de captação (sensorial e intuitivo) da consciência de percepção intrapessoal e julgamento (cognitivo e afectivo) através do *self* nas situações clínicas.

Os resultados deste estudo, na opinião das autoras, suportam o modelo BTIPA, o qual propõe que o processo de percepção e julgamento ocorre dentro da pessoa, num processo de tomada de decisão de consciência de percepção intrapessoal, e que tem como premissa central a de que é o enfermeiro, como um todo, quem toma a decisão. Estes resultados suportam igualmente que é através da interacção das características interpessoais do *self* que a pessoa no seu todo compreende.

O modelo BTIPA propõe ainda que a percepção e o julgamento possuem dois processos: sensorial e intuitivo, cognitivo e afectivo, respectivamente. Estes processos interagem conjuntamente e incrementam o nível de consciência do enfermeiro (Brooks & Thomas, 1997), sendo esta premissa suportada apenas parcialmente pelo estudo. Conforme referem, os resultados suportam igualmente a interacção entre a percepção e o julgamento. Contudo, as autoras também verificaram ser difícil a separação entre os processos intuitivo e afectivo, sendo justamente nesta etapa da análise que o *self* se tornou mais evidente, entre as características intrapessoais.

Numa tentativa de encontrar um modelo unificado do processo de decisão clínica de enfermagem, Buckingham & Adams (2000 a e b) propuseram um modelo de decisão clínica geral, com um quadro de referências comum, baseado na classificação psicológica, capaz de descrever todos os tipos de decisão clínica (não apenas de enfermagem) englobando as actuais teorias. O mesmo foi construído no pressuposto de que juízos e decisões constituem actividades de classificação.

Por isso, à luz deste modelo, a classificação é uma actividade fundamental, que envolve a organização de categorias e de métodos para atribuir-lhes objectos. Conforme referem, citando Hogston (1997), enquanto que, na medicina, as categorias

correspondem às doenças e os rótulos dos diagnósticos aos termos usados para classificação, na enfermagem, as categorias têm mais que ver com a apreciação das condições do utente. Saliendam no entanto que, dos seus pontos de vista, não existe qualquer razão para supor que atribuir determinadas condições a utentes seja fundamentalmente diferente de conferir-lhes doenças.

Para Buckingham & Adams (2000 a e b), as decisões mais frequentes são baseadas na estimativa das probabilidades dos resultados de um utente em particular ocorrerem (sendo estes definidos pela esfera da decisão) e poderem estar relacionados com patologias do utente, níveis de dor, condições físicas ou estados mentais. Importante se torna no entanto salientar, que o exacto estado do doente é desconhecido e que os clínicos tentam formular juízos acerca da probabilidade com que cada resultado está de acordo com o verdadeiro estado do doente. Cada potencial resultado, então, pode ser visto como uma classe ou categoria às quais os utentes são “remetidos” na base da sintomatologia que apresentam.

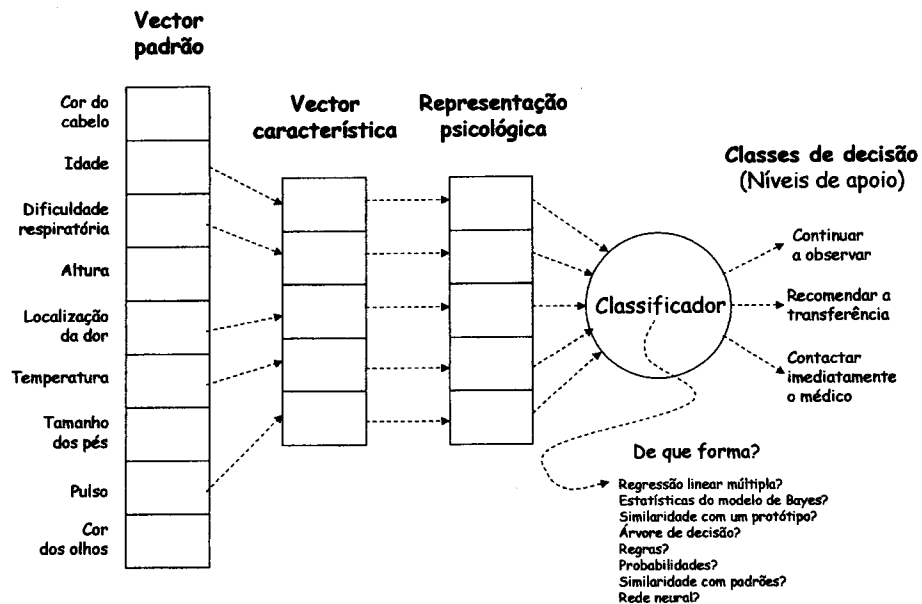
Seguindo os proponentes deste modelo, para uma qualquer decisão em particular, existirá assim um conjunto de alternativas plausíveis, que poderão ser geradas pela pergunta - se este não é o conceito, então qual será?

Por exemplo, se existir uma preocupação com a parte cardíaca de um utente, uma intervenção possível poderá consistir em endereçar o utente para a unidade de cuidados intensivos coronários. Podem, igualmente, ser identificadas alternativas através da consideração de que outras estratégias poderão ser utilizadas pelos enfermeiros nesta situação, tais como manter o utente sob uma observação mais intensa ou providenciar a imediata assistência médica. No caso da medicina, o termo médico para os conceitos contrastantes são os diagnósticos médicos diferenciais, na enfermagem, a ideia é semelhante: eles são o completo conjunto de possíveis resultados sugeridos pela informação actual de que os enfermeiros dispõem.

Buckingham & Adams (2000 a) baseiam a sua proposta no modelo de classificação geral, o qual é composto pelos seguintes elementos: vector padrão, vector característica (relevante), representação psicológica, classificador e classe de decisão.



Figura 3: Modelo Geral de Classificação a)



a) Reproduzido e traduzido de Buckingham & Adams (2000 a, pag.992)

O vector padrão poderá ser visualizado como a linha de compartimentos “pigeonholes” rotulados. Cada rótulo (designação) é um atributo descritivo da entidade que está sendo classificada e a caixa contém o seu valor específico. No processo de decisão clínica, os utentes são as entidades e a sintomatologia, os seus atributos, são por exemplo a “temperatura” corporal no valor de 37°C.

De acordo com Buckingham & Adams (2000 a), na terminologia da teoria do reconhecimento de padrões, o vector padrão é a estrutura hipotética que representa a infinita variedade de atributos do utente, muitos dos quais são irrelevantes para a decisão. O subconjunto dos sinais ou sintomas relevantes constitui o vector característica do doente. O vector padrão do doente poderá incluir a variável “cor dos olhos”, que não é relevante no caso da dor cardíaca. Pelo contrário, a dificuldade respiratória (*shortness of breath*), quando comparada com, por exemplo, a dor de estômago, ajuda a prever o resultado dor pré-cordial, e será por isso incluída no vector característica.

Os autores, citando Fonteyn & Grobe (1993), referem que, decidir quais são os atributos relevantes para um particular domínio de decisão é uma das actividades mais

importantes no processo de decisão clínica, a qual distingue os enfermeiros principiantes dos peritos.

Ainda de acordo com Buckingham & Adams (2000 a), igualmente importante é medir os atributos. Conforme salientam, certamente todas as decisões são baseadas nos dados e respectivas mensurações (*clinimetrics*) e relacionam-se com qualquer teoria de decisão. Contudo, neste modelo, salienta-se a transformação crítica dos dados físicos (sinais e sintomas relevantes) no equivalente psicológico do decisor. Referem, por exemplo, o caso da temperatura corporal apresentar um valor decimal preciso, mas a sua representação psicológica poder ser efectuada em termos de baixa, normal, moderada ou extremamente elevada. Podem ainda ocorrer erros no caso de o valor psicológico não representar o valor físico adequadamente.

Uma vez identificada a sintomatologia relevante do utente, “medida” essa mesma sintomatologia e gerados os respectivos valores internos (psicológicos), surge então a avaliação das suas influências combinadas. Este processo corresponde ao de classificação em si mesmo, no qual o clínico integra os múltiplos sinais ou sintomas relevantes para produzir o julgamento mais provável para cada classe de resultado (*output*).

No modelo ora descrito, o resultado corresponde ao círculo “classificador”, resultado este que corresponde a um juízo para cada potencial classe de decisão. Assim, no exemplo anterior, entre os resultados possíveis poderão estar o esperar e continuar a observar, o recomendar a transferência do doente para a unidade de cuidados intensivos coronários ou, ainda, o procurar ajuda médica imediata.

Segundo Buckingham & Adams (2000 a), embora as teorias de decisão difiram no como interpretam a actividade de integração, todas elas produzem, no entanto, um único valor para cada resultado potencial, não obstante poderem encapsular a probabilidade do resultado ocorrer no utente. Assim, em terminologia de classificação, os resultados correspondem a classes ou a conjuntos e, porque os clínicos nem sempre possuem a certeza de quais os conjuntos a que os utentes pertencem, estes conjuntos poderão ser designados de vagos ou imprecisos (*fuzzy*).

Para os mesmos autores, os conjuntos imprecisos permitem que os objectos possuam membros com características parciais de mais do que um conjunto. Os valores dessas graduações poderão variar entre “zero” (completamente fora do

conjunto) e “um” (certamente pertencendo ao conjunto), totalizando o valor “um” ao longo de todos os conjuntos, aos quais um objecto pode estar associado.

O modelo de classificação utiliza, assim, a graduação dos membros como substrato para os juízos clínicos. De acordo com o clínico, quanto maior for a graduação de um membro para um determinado resultado (classe ou conjunto), mais provavelmente este estará correcto. A classificação do membro poderá ser considerada um termo “guarda-chuva” para o suporte da classe, encapsulando diferentes abordagens. Por exemplo, a classificação de um membro poderá representar probabilidades, utilidades esperadas, similaridades, valores discriminantes de uma equação linear ou até mesmo a classificação propriamente dita.

De acordo com os autores, independentemente do substrato, o suporte final para a classe será sempre o valor singular baseado nas múltiplas fontes de informação que representam o julgamento provável, efectuado pelo clínico, de o doente pertencer a uma determinada classe.

Na explicação do modelo proposto, Buckingham & Adams (2000 a) afirmam existir alguma confusão entre os termos juízo e decisão. Neste artigo utilizaram ambos os termos de modo intermutável, no pressuposto de considerarem que remeter utentes e graduações dos seus membros para uma classe, constituem ambos tipos de decisões. No entanto, alertam para o facto de estes poderem ser considerados conceitos diferentes. À luz deste modelo, o julgamento transforma-se em decisão, quando os clínicos comparam as graduações dos membros e endereçam o utente para uma das classes, decidindo remeter o doente para a condição representada pela classe.

No exemplo da dor pré-cordial, os sinais ou sintomas do doente conduziram à formulação de um juízo sobre as graduações dos membros nas três possíveis classes de decisão. A classificação (e o tratamento subsequente) irá assim depender tanto da graduação atribuída aos seus membros como, fundamentalmente, das consequências de ter providenciado a intervenção incorrecta.

Por exemplo, se os enfermeiros recomendarem a transferência do utente para a unidade de cuidados intensivos, a graduação do membro poderá ser apenas 0,3, comparadas com, eventualmente, 0,6 para a opção de continuação da observação. Num domínio diferente de decisão, os enfermeiros poderiam implementar a intervenção

associada à classe com a graduação de membro mais elevada, baseando-se no facto de ser o resultado mais provável, mas que, caso estejam errados, não ocorrerá qualquer dano sério em caso de atrasar as intervenções associadas à classe alternativa.

Com efeito, os juízos formulados sobre a graduação dos membros proporcionam a matéria-prima da decisão que, em si mesma, configura as linhas limite entre as classes.

Em síntese, conforme referem Buckingham & Adams (2000 a), a sintomatologia do doente é utilizada para remeter a graduação de um membro a cada classe de resultado; a graduação do membro representa o juízo formulado pelo enfermeiro de que cada resultado é o resultado real, sendo a decisão tomada com base na quantidade relativa de graus de membro em cada classe. Por conseguinte, os julgamentos reforçam a evidência, as decisões determinam em que classe os doentes são colocados e as classes indicam a acção a ser tomada.

Para estes autores, a questão central no processo de tomada de decisão é o de conhecermos o como os muitos e diferentes sinais ou sintomas se combinam para produzir um único valor de suporte (graduação do membro) para cada possível classe de decisão.

Referem ainda a existência de duas abordagens: a abordagem “influencial”, por vezes referida como de coerência, e a de correspondência. Apresentam como principal diferença entre ambas, a de que a abordagem da correspondência baseia-se nos comportamentos estatísticos dos sinais ou sintomas relevantes (*cues*), enquanto que a da coerência fundamenta-se no como são estes sinais e sintomas relevantes utilizados nos processos de raciocínio dos clínicos.

Deste modo, utilizando a abordagem da coerência, o classificador (figura 3: Modelo de Classificação) representará os processos psicológicos dos clínicos, enquanto que na abordagem da correspondência, representará a equação estatística da decisão. Para os autores deste modelo, ambas são claramente representações importantes, como defendido por Hammond (1996).

Buckingham & Adams (2000 b) defendem ainda que o modelo de raciocínio é semelhante em todas as disciplinas, variando apenas e em todas o seu conteúdo. Por

isso, propõem um modelo de decisão que engloba as diferentes teorias e modelos propostos anteriormente, o qual estabelece, basicamente, a equivalência entre o processo de decisão clínica e o de classificação.

Os autores operacionalizam, neste artigo, o quadro de referências de classificação proposto e demonstram o modo como diferentes abordagens ao processo de tomada de decisão clínica podem ser interpretados como comportamentos de classificação.

A tese dos dois artigos (Buckingham & Adams, 2000 a e b) consiste basicamente em defender a existência de uma estrutura geral para a tomada de decisão, a qual transcende disciplinas e domínios e que pode estabelecer ligações entre diferentes abordagens teóricas. Por conseguinte, na opinião dos autores, não existe qualquer razão especial para supor que existem variações qualitativas entre domínios de decisão, apenas por variarem as categorias de resultado (*output*).

Os autores referem ainda que, embora existam inevitáveis diferenças entre as categorias de decisão tomadas pelos clínicos, não quer isso dizer que o processo de atribuir categorias a utentes seja diferente, apresentando uma revisão das teorias de decisão clínica, no decurso da qual as comparam com os comportamentos de classificação, concluindo pela existência de similaridades e de diferenças.

Igualmente argumentam, apresentando resultados de trabalhos recentes realizados no âmbito da enfermagem, que o processo de decisão nesta disciplina é um processo de classificação compatível com aquele que propõem.

Como tal, consideram as abordagens heurísticas (*heuristics*) como sendo abordagens de classificação com um nome diferente, em que a intuição é uma função da experiência na qual padrões de sintomatologia (*cues*) se tornam manifestamente associados com as respostas desejadas (classes de tratamento ou de intervenções) e em que as classes são trazidas à mente de modo automático, isto é, não existindo qualquer procedimento consciente e sendo que a rápida associação obscurece a exacta natureza da sintomatologia inicial.

Segundo referem, à luz deste modelo, a classificação é, por definição, reconhecimento de padrões e, como tal, uma parte fundamental do comportamento de qualquer perito. Igualmente são de opinião de que a classificação pode incorporar o raciocínio hipotético-dedutivo, o qual basicamente se supõe constituir um processo

mais consciente. Deste modo, asseguram, o modelo de classificação não comporta qualquer barreira entre o comportamento consciente e inconsciente.

De facto, afirmam, uma das vantagens de conceptualizar os processos de decisão como classificação é a que permite situar diferentes estratégias num único quadro de referências, sem que umas possam impedir as outras, sendo esta uma qualidade essencial, dado o comportamento eclético dos enfermeiros referido na literatura.

Pelo anteriormente exposto e, em síntese, podemos concluir que, não obstante a diferente terminologia encontrada na literatura sobre o processo de prestação de cuidados ou processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, verifica-se uma tendência cada vez mais crescente no sentido de caminhar para a conciliação de diferentes modelos. Tais modelos, embora aparentemente opostos, quer do ponto de vista teórico quer sob a perspectiva conceptual, tendem a ser considerados como fazendo parte de um contínuo de decisão, os quais, no seu conjunto configuram um modelo explicativo plausível para o processo cognitivo utilizado pelos enfermeiros nos complexos contextos da prática clínica quotidiana.

Neste subcapítulo procurámos efectuar uma revisão da literatura sobre o processo de decisão clínica de enfermagem e apresentar diferentes pontos de vista de alguns peritos nesta área.

Naquele que se segue, iremos abordar algumas das teorias e métodos de estudo inerentes àquele processo.

### **1.3. TEORIAS E MÉTODOS DE ESTUDO DA DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

As abordagens teóricas utilizadas no estudo da decisão clínica de enfermagem têm evoluído ao longo do tempo e sofrido várias influências das disciplinas que se dedicam ao estudo da decisão em geral, nomeadamente, da psicologia cognitiva.

Neste sentido, verificamos que a maior parte dos estudos têm sido realizados à luz das teorias do processamento de informação e da decisão (Cioffi & Markham, 1997; Fowler, 1997; Taylor, 1997, 2000; Offredy, 1998, 2002; Greenwood *et al.*, 2000; Hallet *et al.* 2000), as quais estes autores classificam de abordagens descritivas e prescritivas. As primeiras equivalem às de processamento de informação. As segundas à teoria da decisão.

Porém, novos métodos e teorias têm sido empreendidos no estudo do processo de decisão clínica na enfermagem. São disto exemplo os estudos qualitativos, designadamente os fenomenológicos e os etnográficos (Hurst *et al.*, 1991; Roberts *et al.*, 1993; Lauri & Salantera, 1995; Radwin, 1995 a); Bryans & McIntosh, 1996; Abu-Saad & Hamers, 1997, Shepard *et al.*, 1999; Takemura & Kanda, 2003) as abordagens “naturalistas” como o conhecer o doente (*Knowing the Patient*) (Jenks, 1993; Radwin, 1995 a e b, 1998, 2000; Lucker *et al.*, 2000), a teoria fundada ou enraizada (*Grounded Theories*), da fenomenologia e da etnografia (Benner, 1984; Benner *et al.*, 1996; Hallet *et al.*, 2000; King & Clark, 2002) e, mais recentemente, o pós-estruturalismo feminista (Arslanian-Engoren, 2002), havendo ainda os defensores da abordagem através da teoria do caos (Marks-Maran, 1999).

Não obstante estas abordagens mais recentes, da revisão da literatura que efectuámos pudemos constatar que a teoria do processamento de informação e a teoria da decisão têm constituído as duas principais perspectivas teóricas utilizadas nos estudos sobre o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem (Brooks & Thomas, 1997; Thompson, 1999; Taylor, 2000; Greenwood, 2000; Offredy, 2002; Bucknall *et al.*, 2003).

Por exemplo, Greenwood (2000) refere-nos que os modelos de raciocínio clínico, ou seja, as teorias que se preocupam com o modo como as pessoas utilizam o conhecimento que possuem para atingirem os diferentes propósitos, são de dois tipos: modelos prescritivos, que se referem ao modo como as pessoas devem tomar decisões, e os modelos descritivos, que procuram descrever o como realmente raciocinam e tomam decisões.

A teoria da decisão, para este autor, é o exemplo mais evidente das teorias prescritivas e as teorias de processamento de informação e de aquisição de competências são características dos modelos descritivos.

No entanto, Brooks & Thomas (1997) apresentam-nos uma classificação mais diversificada ao referirem que, de um modo geral, os estudos nesta área podem ser agrupados em três categorias: os que se baseiam na teoria do processamento da informação e na teoria da decisão; os que se focam na fenomenologia da intuição; e os que se baseiam na análise sensorial (*sensory analytical*) ou raciocínio diagnóstico.

Todavia, de modo diferente, estes autores classificam estas abordagens do processamento de informação e do raciocínio diagnóstico como teorias prescritivas, isto é, que dizem respeito ao como a decisão deve ser tomada, em vez do como a decisão é tomada.

Na sua perspectiva, as teorias prescritivas tendem a mecanizar o processo de decisão e falham ao não considerarem os processos intrapessoais tais como percepções, pensamentos, sentimentos, emoções e inclinações (*bias*) inerentes a cada decisão que a pessoa toma. Por outro lado, vários estudos qualitativos sobre a intuição baseiam-se em alguns aspectos humanos envolvidos no processo de decisão, mas não abordam o processo de decisão como um processo intrapessoal integral (completo).

Isto porque, de acordo com Brooks & Thomas (1997), a maior parte dos estudos sobre o processo de tomada de decisão clínica têm-se focalizado nos processos interpessoais, negligenciado os processos intrapessoais. Igualmente referem que todos estes estudos possuem em comum o foco no particularismo, em detrimento do holismo. Recomendam, por isso, mais estudos na forma como os enfermeiros tomam as decisões, focalizando as variáveis pessoais, identificando e incluindo todos os processos de julgamento.

Por seu lado, Thompson (1999) refere que os modelos explicativos do processo de decisão clínica de enfermagem até aos anos oitenta eram modelos que retratavam o processo de decisão como um raciocínio hipotético-dedutivo baseado na teoria do processamento da informação e enquadra a variedade de modelos de decisão clínica na enfermagem, tanto normativos como descritivos, que têm sido propostos, em duas discretas categorias teóricas: a “sistemático-positivista” (*systematic-positivist*) e a



intuitivo-humanista (*intuitive-humanist*), possuindo ambas, em sua opinião, pontos fortes e pontos fracos.

Na primeira categoria inclui o modelo de processamento da informação e o baseado no teorema de Bayes; na segunda, as abordagens racionalista e da intuição.

Para Buckingham & Adams (2000 a), uma das mais influentes terias da decisão clínica é o modelo hipotético-dedutivo, com origem na área da medicina e, posteriormente, aplicado à enfermagem, o qual envolve estes dois tipos de raciocínio: indutivo e dedutivo.

Outra das teorias é a teoria da “árvore de decisão”, na qual alguns ramos representam os caminhos alternativos (pontos de decisão) e outros correspondem a possíveis eventos, sendo que, na opinião destes autores, os modelos que apenas se reportam a probabilidades são baseados no teorema de Bayes.

Na enfermagem, referem-nos Benner *et al.* (1996) e Fonteyn (1999), ao citarem Easen & Wilcockson (1996), que o termo “reconhecimento de padrões” traduz uma forma popular para descrever juízos clínicos formulados pelos enfermeiros, reconhecimento esse relacionado com a intuição.

No entanto, os autores advertem que a tradicional ênfase no reconhecimento de padrões e na intuição na enfermagem pode conduzir, de modo significativo, à desvalorização da ciência de enfermagem.

Por fim, e em conformidade com Cioffi (1997), referem o raciocínio heurístico como sendo um importante elemento da intuição.

Buckingham & Adams (2000 a) concluem que estas teorias de decisão clínica têm demonstrado a proliferação de terminologias e distinções conceptuais, tornando-se mais evidentes quando aplicadas às decisões de enfermagem. Por isso, propõem um modelo global para as decisões clínicas de todas as disciplinas, o qual abordámos no subcapítulo anterior.

Neste momento, uma descrição mais detalhada de algumas das teorias anteriormente referidas impõe-se.

## **Teoria da Decisão**

Taylor (2000), citando Grant (1989), refere que a típica abordagem da teoria da decisão para a identificação do pensamento clínico na enfermagem tem considerado este processo como sendo uma série de formulações de decisões, as quais incluem decisões acerca de que observações devem ser realizadas na situação do utente, decisões acerca do como produzir significados a partir dos dados observados (inferências clínicas) e decisões relativas à selecção das acções a empreender.

Citando McGuire (1985), Taylor (2000) refere ainda que a teoria da decisão envolve um cálculo sofisticado e manipulação de complexas probabilidades, bem como a utilização de valores com vista a encontrar óptimas decisões que maximizem os benefícios para os utentes.

Como referimos anteriormente, aplicações desta teoria aos julgamentos clínicos têm sido empregues com o objectivo de identificar, do ponto de vista teórico, como um indivíduo deve tomar a decisão, sendo considerado por isso um processo prescritivo, focalizando-se especificamente em que decisão deverá ser tomada em vez de no processo utilizado para a efectuar.

De acordo com Taylor (2000), os estudos que utilizam esta teoria normalmente envolvem a participação de pessoas às quais lhes é pedido para assinalarem as probabilidades subjectivas associadas a elementos pertencentes a casos simulados. Segundo refere, habitualmente, o estudo envolve a formulação de diagnósticos e os participantes são solicitados a referir as probabilidades de um diagnóstico estar correcto e a identificar os sinais ou sintomas com ele relacionados.

Assim, um modelo matemático utilizando os valores subjectivos assinalados é empregue, tipicamente para prescrever qual deverá ser o julgamento correcto. A teoria da decisão é então testada através da comparação entre o juízo produzido pelo clínico e o que é derivado do modelo matemático.

Para Taylor (2000) as três abordagens mais frequentemente utilizadas na modelagem matemática das decisões clínicas em geral e na enfermagem em particular são o modelo de lentes de Brunswiks, o teorema de Bayes e a teoria da utilidade.

De acordo com esta autora, o modelo de lentes de Brunswiks representa as inter-relações probabilísticas entre as componentes humanas e ambientais envolvidas na

situação de julgamento. Neste modelo, o estado do utente é desconhecido e, por conseguinte, apenas pode ser inferido através da sintomatologia, cuja relação é incerta e probabilística. O teorema de Bayes, por seu lado, configura o modelo estatístico que descreve o modo através do qual os julgamentos são revistos à luz de nova informação. E a teoria da utilidade, descreve o processo de selecção de uma acção ou intervenção de acordo com a atribuição subjectiva de um determinado valor ao resultado provável das mesmas.

Como limitações da aplicação da teoria da decisão às decisões clínicas de enfermagem, Taylor (2000) apresenta o facto de as opções de intervenção na enfermagem não se verificarem segundo a opção “uma ou outra” (*either-or*), mas necessitarem frequentemente de ser tomadas em conjunto, além de que os resultados dos cuidados de enfermagem poderem ser difíceis de quantificar e nem sempre se revelarem estáveis ou finais.

Greenwood (2000), por seu lado, baseando-se noutros autores, como por exemplo Gluck & Bowes, (1988), refere existir alguma evidência de que as pessoas por vezes raciocinam com base em probabilidades; outros autores demonstraram não ser este modo prescrito pelo modelo de Bayes o mais comum, devido aos limitados recursos computacionais do ser humano.

Para ultrapassar esta situação, adianta, as pessoas empreendem um planeamento incremental nas decisões, em vez de uma análise formal da decisão, o qual permite que uma grande e difícil decisão possa ser separada em sequências de pequenas escolhas que envolvem menor quantidade de informação.

Segundo Greenwood (2000), este modelo tem sido rejeitado como modelo descritivo, mantendo-se no entanto como modelo prescritivo de decisão clínica de alguma utilidade, sobretudo para a prática clínica da medicina.

Ultimamente, com o desenvolvimento dos sistemas de apoio à decisão através da utilização das novas tecnologias da informação e da comunicação, esta teoria tem sido utilizada, de modo crescente, em situações de enfermagem de maior previsibilidade e com regras melhor definidas, tais como são exemplos alguns programas de formação e de promoção da saúde (Caelli *et al.*, 2003).

## **Teoria de Processamento da Informação**

A teoria de processamento da informação de Newell & Simon (1972), e de acordo com Taylor (2000), descreve a resolução de problemas como sendo uma interacção entre o sistema de processamento de informação (a pessoa que resolve o problema) e o ambiente da actividade. À luz desta teoria existem limites para a capacidade de processamento humano da informação, sendo que a resolução efectiva de problemas assenta na habilidade que o indivíduo possui para se adaptar a essas limitações.

Conforme refere esta autora, à luz desta teoria, o processo geral de resolução de problemas pode ser analisado como sendo constituído por dois sub-processos que ocorrem em simultâneo - compreender (*understanding*) e procurar (*search*).

O processo de compreender é responsável pela assimilação do estímulo que coloca o problema e, conseqüentemente, pela produção de estruturas mentais de informação que constitui a compreensão da pessoa acerca desse problema. Deste modo, a pessoa é capaz de converter o estímulo do problema na informação necessária para iniciar o processo de procura.

Por seu lado, o processo de procura guiado por produtos da compreensão, em vez de pelos estímulos do problema em si mesmos, permite à pessoa encontrar ou calcular a solução para o problema.

Taylor (2000), citando ainda Newell & Simon (1972), refere que a resolução de problemas ocorre quando a pessoa que os resolve efectua a tradução do problema nas suas próprias representações internas a ele inerentes, procurando então o caminho para atingir o objectivo desejado.

Segundo esta autora, o método de aceder ao processo cognitivo subjacente à resolução de problemas, que não pode ser observado do exterior, é conhecido, na teoria de processamento de informação, como protocolo verbal (*verbal protocol*). Este método, de acordo com Ericsson & Simon (1993), permite identificar as estratégias cognitivas de resolução de problemas e consiste em utilizar relatos verbais que conduzem a um certo nível de compreensão da performance cognitiva humana, muito semelhante à conseguida pelos processos tradicionais (Taylor, 2000).

Conforme refere, a utilização de utentes simulados por actores, de gravações de vídeo ou de formas escritas, são técnicas frequentemente utilizadas pelos investigadores, facultando-lhes, assim, o controlo sobre a sintomatologia apresentada e proporcionando-lhes a possibilidade de comparação de performances entre participantes. Tanto verbalizações de pensamento (*verbal protocols*) concorrentes, como retrospectivas têm sido utilizadas, sendo ambas consideradas igualmente válidas por Ericsson & Simon (1993). Contudo, sobre estas falaremos um pouco mais detalhadamente no capítulo relativo à metodologia.

Ainda de acordo com Taylor (2000), a teoria de processamento da informação de Newell & Simon (1972) atribui particular relevo ao desenvolvimento teórico descritivo em vez de prescritivo e tem contribuído para o reconhecimento do potencial dos computadores para a construção de modelos de julgamento e de decisão.

Segundo salienta, o foco de praticamente todas as investigações realizadas na enfermagem com base na teoria do processamento de informação tem sido identificar as estratégias cognitivas empregues por clínicos principiantes e experientes (peritos) na formulação de diagnósticos.

A principal assumpção da teoria do processamento de informação, de acordo com Taylor (2000), é a de que, como referimos anteriormente, existem limites à capacidade de processamento de informação por parte do ser humano. Por conseguinte, a efectiva resolução de problemas depende muito da habilidade que o indivíduo possui para se adaptar a essas limitações.

Neste sentido, existem dois factores principais com impacto na capacidade de processamento humano de informação: a quantidade de informação que o indivíduo pode atender de uma só vez, e os factores que determinam a clareza e a acessibilidade da informação, tanto no ambiente da actividade, como no ambiente interno da pessoa que resolve o problema.

A autora salienta ainda que, apesar da abordagem do processamento humano de informação à resolução de problemas não ter produzido um modelo geral para a sua resolução nas diferentes actividades ou disciplinas, esta continua, no entanto, a ser utilizada pelos investigadores no sentido de aprofundar o conhecimento sobre o processo cognitivo da resolução humana de problemas.

Conforme refere Taylor (1997 e 2000), não existe um modelo geral de resolução de problemas clínicos. As únicas estratégias comuns encontradas de forma consistente na literatura são as relacionadas com a formulação inicial de hipóteses e a subsequente recolha de dados para as testar, assim como a utilização de questões gerais de rotina na procura de informação sobre o utente, antes da procura de informação mais específica.

A idênticas conclusões chegou Offredy (2002), num estudo sobre enfermeiros e médicos, a quem foram apresentados iguais cenários de utentes para formularem diagnósticos e prescrição de intervenções.

Não obstante os resultados revelarem existir mais semelhanças do que diferenças entre os dois grupos no que se refere ao processo de tomada de decisão, a avaliação de hipóteses constituiu, no entanto, a componente mais crítica no processo de tomada de decisão, para conseguirem identificar diagnósticos similares e opções de tratamentos.

Neste estudo, para além da teoria do processamento de informação e dos protocolos de verbalização do pensamento, Offredy utilizou a teoria do esquema (*schema theory*) proposta por Marshall (1995), de que falaremos numa fase posterior.

A teoria de processamento de informação foi igualmente utilizada no estudo de Offredy (2002) para compreender o processo cognitivo dos participantes. Este autor, citando Newell & Simon (1972) e Elstein *et al.* (1978), refere que esta teoria permite explicar o processo de pensamento humano e a resolução de problemas e não dizer como devem ser resolvidos.

Para Offredy (2002), de acordo com esta teoria, quando a mente humana é envolvida na actividade de resolução de um problema, a informação que dá entrada no processador central é proveniente de duas fontes: primeiro, do ambiente exterior; segundo, da memória de longo prazo, situada na mente do indivíduo. Assim que a informação entra no sistema de processamento central, este transforma-a em símbolos que passam sequencialmente para a memória de curto prazo. Ao contrário da memória de longo prazo, esta apenas pode guardar uma pequena quantidade de informação – sete unidades (símbolos), mais ou menos duas. No momento em que a nova informação chega à memória de curto prazo, a informação anterior perde-se ou é convertida em símbolos, os quais são armazenados na memória de longo prazo.

Assim, para Offredy (2002), e à luz desta teoria, a informação pode ser guardada em dois tipos de memória, cada qual com diferentes capacidades e características de acesso – a de curto e a de longo prazo.

Por seu lado Greenwood (2000), descreveu a teoria de processamento de informação aplicada à decisão clínica de enfermagem como possuindo determinadas características:

1- Os eventos mentais reflectem um fluxo de informação no qual os dados são recebidos pelos órgãos dos sentidos, interpretados com a ajuda do conhecimento armazenado na memória, sendo estas interpretações integradas, com o objectivo de produzir uma certa resposta. Este objectivo é concretizado através da produção de uma acção adequada, sendo o resultado utilizado como feedback, através do qual, a actuação subsequente é monitorizada.

2- A teoria do processamento de informação encara o processamento da informação como *antecipado*, no sentido em que a cognição é guiada por motivações, planos e objectivos; *selectivo* no sentido em que o que é percebido como saliente para os propósitos do enfermeiro em qualquer momento, determina o que é apreendido e interpretado; e *construtivo*, no sentido de que o conhecimento que o enfermeiro arquiva é construído a partir da interacção entre o que ele percepção num dado momento e aquilo que já é do seu conhecimento.

3- Esta teoria considera o processamento humano da informação como limitado de forma variável, estando os recursos atencionais do processador de informação, no ser humano, confinados apenas a poder atender a sete, mais ou menos dois, itens (conjuntos, pedaços ou blocos - *chunks*) de informação de cada vez. Esta limitação atencional é responsável pela natureza selectiva e construtiva da cognição e pela tendência natural do cérebro humano para organizar a informação em blocos (*chunks*), de forma hierárquica e, automatizar, de modo crescente, sub-rotinas e processos.

4- Finalmente, à luz desta teoria, o processamento de informação desenrola-se a diferentes níveis de consciência e utiliza modos diferentes de processamento.

De acordo com Greenwood (2000), o processamento de informação nesta teoria efectua-se de modo consciente e inconsciente. Citando Benner (1984) e Benner *et al.* (1996) quanto mais conhecimentos e perícia possuir a pessoa, tanto mais poderá

processar a informação de modo inconsciente, automático, através da activação dos conjuntos (*chunks*) de informação para se antecipar a certas situações.

Segundo refere, a novidade da situação e da actividade em si mesmas, asseguram que o modo de problema-solução seja, antes de tudo, consciente, afirmando ainda que foram as teorias de aquisição de competências dos anos oitenta que chamaram à atenção dos enfermeiros para a resolução de problemas de modo inconsciente ou tácito.

### **Teoria de aquisição de competências.**

Os fundadores da teoria da aquisição de competências foram os irmãos Dreyfus (um matemático e um filósofo) nos anos setenta e oitenta (Greenwood, 2000). Com os trabalhos de Benner (1982, 1984), sobre os quais tencionamos falar um pouco mais detalhadamente, no subcapítulo - factores que influenciam a decisão clínica de enfermagem -, na secção, papel do conhecimento e da experiência, este modelo foi aplicado à enfermagem.

Para Greenwood (2000), o modelo de Dreyfus, tal como utilizado por Benner, inclui cinco níveis de desenvolvimento da competência na performance humana: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

Segundo refere, a realização desta progressão reflecte duas mudanças gerais nos aspectos do desempenho competente. Em primeiro lugar, com o incremento do nível de competência, os profissionais partem progressivamente da confiança em princípios abstractos e, de modo incremental, contam com a experiência passada, concreta, como guias para a sua actuação. Segundo, os diferentes níveis de competência são caracterizados por diferenças qualitativas na percepção da situação ou modo de decisão. A situação é vista, de modo decrescente, como uma amálgama de factos de igual relevância e, de modo crescente, como um todo complexo no qual apenas certos elementos são relevantes. Igualmente o modo de decisão muda de analítico nos quatro primeiros níveis, para o intuitivo no quinto.

Ainda de acordo com Greenwood (2000), a teoria de aquisição de competências de Dreyfus & Dreyfus reconhece, explicitamente, que a prática proficiente e perita



resulta da exposição repetida a certas situações, as quais, por sua vez, induzem as respostas apropriadas, ou seja, aquelas que parecem ter sido eficientes anteriormente.

Além disso, através do reconhecimento de modos de resolução de problemas conscientes e inconscientes, também identifica a enorme complexidade tanto da prática da enfermagem como da cognição humana. Contudo, a autora refere que falta ainda reconhecer explicitamente o modo como as situações complexas podem induzir ou despoletar (*trigger*) conjuntos de respostas diferentes ou incompatíveis, com as quais a cognição humana por vezes tem de se confrontar, explicação esta que apenas a recente investigação de suporte à teoria do esquema realiza.

### **Teoria do esquema**

Continuando com Greenwood (2000), a teoria do esquema constitui um modelo teórico alternativo aos anteriormente descritos, o qual considera tanto a complexidade da cognição como a das práticas profissionais.

Segundo refere, os conceitos e os esquemas de objectos, eventos ou sensações, as suas relações e os seus processos de activação são progressivamente agrupados (*chunked*) em hierarquias altamente organizadas, os quais podem ser acedidos e activados de acordo com o pretendido, de modo simultâneo e a diferentes níveis de consciência.

Greenwood *et al.* (2000) encontraram suporte para esta teoria do esquema num estudo com enfermeiros de unidades de cuidados intensivos neo-natais, embora recorrendo a uma amostra reduzida.

De acordo com estes autores, suportados por Berry & Dienes (1993) e Tomlinson (1995), a mente humana constrói imagens mentais, ou seja, conceitos de objectos a partir da experiência real ou subjectiva de tais objectos (animados ou inanimados, eventos, acções, consequências dos eventos e resultados das acções, sensações, e outros), de modo consciente, com esforço, ou inconsciente, sem esforço, no caso das experiências quotidianas repetidas.

Estes conceitos, para Greenwood *et al.* (2000), permitem aos seres humanos representar nas suas mentes tudo o que experienciam, estando esta tendência das

mentes humanas em construir conceitos ligada ao biológico e à sobrevivência social. Tal facto permite-lhes o reconhecimento de iguais estímulos ou semelhantes, quando de novo com eles se deparam, facultando-lhes, a partir daí, as capacidades para planearem e executarem as respostas adequadas. Conforme referem, sem esta possibilidade, a mente humana teria muita dificuldade em saber o que fazer perante os frequentes e múltiplos estímulos com que se confronta.

Além disso, e citando Howard (1987) e Anderson (1995), os autores referem que os conceitos de objectos, experienciados em conjunto, são co-activados por tais objectos experienciais e, progressivamente, agrupados (*chunked*) conjuntamente com as respectivas respostas apropriadas, numa hierarquia conceptual altamente organizada. Esta co-activação repetida de “estímulos” e “respostas”, os conceitos e o seu progressivo agrupamento, torna-se cada vez menos consciente até o automatismo ser conseguido. A posterior exposição a estímulos experienciais relevantes irá, deste modo, desencadear automaticamente e de modo inconsciente um conjunto de conceitos relevantes para a sua gestão.

À luz desta teoria, os conceitos são posteriormente organizados em blocos de conhecimento mais abrangentes e são melhor integrados (esquemas - *schemata*), tendo como função principal, a de facilitar a compreensão e a gestão de situações mais complexas.

Greenwood *et al.* (2000) referem que cada pessoa possui um elevado número destes esquemas para interpretar e gerir a grande variedade de situações e actividades, sociais ou outras, sem as quais as pessoas não poderiam apropriar-se nem prever, adequadamente, o comportamento de outras.

Conforme salientam, os esquemas de acção (*action schemata*) representam o “conhecimento de procedimento da pessoa” e, porque representam o que fazer (acção), são também chamados de roteiros (*scripts*). Estes roteiros constituem os meios pelos quais as intenções globais das pessoas (objectivos) são traduzidas numa hierarquia de unidades de instrução organizadas, que reflecte a estrutura dos movimentos requeridos para a execução da intenção e, eventualmente, a acção.

Ainda de acordo com Greenwood *et al.* (2000), existem três características da construção e do desenvolvimento dos roteiros (*scripts*) de importância central para a compreensão da cognição clínica dos enfermeiros, as quais passamos a referir.

Em primeiro lugar, os roteiros são construídos de modo relativamente inconsciente, com pouco esforço, com vista a tornar a experiência subsequente com sentido e passível de ser administrada, permitindo a posterior interpretação de estímulos similares bem como o planeamento e a execução das respostas apropriadas.

Segundo, estes roteiros são orientados pelos objectivos (*goal-directed*), os quais são construídos à luz dos sintomas relevantes (*cues*) ou estímulos interpretativos.

Terceiro, sendo que a esfera da enfermagem clínica é extremamente complexa, e estando os enfermeiros expostos a toda uma vasta gama de estímulos simultaneamente, tanto clínicos como não clínicos, os roteiros que são activados poderão ser discrepantes ou dissonantes.

Quando tal acontece, o enfermeiro requer um mecanismo ou uma estratégia para seleccionar o roteiro (*scripts*) mais apropriado, fazendo-o através da utilização de heurísticas simples, do género “o enfermeiro responsável sabe melhor”, e pela utilização do julgamento sistemático.

Greenwood (2000), num dos seus artigos, descreve com maior detalhe esta teoria, define e exemplifica os conceitos, esquemas, esquemas de acção, os processos de aquisição de roteiros (*scripts*) ou heurísticas, a situação da existência de roteiros em competição e os objectivos da acção (*on goals*), realçando que o propósito do pensamento é actuar com efectividade.

A autora aborda ainda as implicações para a prática e a educação de enfermagem.

Assim, relativamente à prática da enfermagem, refere que esta está repleta destes roteiros, os quais se encontram inseridos nas diferentes rotinas de cuidados. E recomenda ainda, no caso de surgirem roteiros concorrentes entre si - o que é muito provável, dada a elevada complexidade das situações e contextos de enfermagem -, e sendo a selecção do roteiro mais apropriado função da tendência na escolha da heurística mais simples e da relevância atribuída pelo próprio, a substituição destes roteiros, eventualmente menos próprios ou inadequados da prática clínica quotidiana, por roteiros ou outros mecanismos que incorporem a evidência e a experiência nesses mesmos esquemas.

Relativamente à educação, considera ser imperioso o ensino das habilidades de pensamento crítico em contextos e situações reais, em detrimento do ensino apenas teórico de incipiente eficácia. Os alunos devem, assim, ser encorajados a resolver

problemas clínicos concretos, através de uma análise e de uma resposta flexível aos problemas individuais de cada utente.

A autora refere, no entanto, que nem todos os problemas com que se defrontam os enfermeiros na sua prática clínica quotidiana requerem uma apreciação crítica. Além disso, muitos outros poderão ser resolvidos através de roteiros ou rotinas, sendo esta situação de algum modo útil, uma vez que a activação automática de roteiros da prática clínica diária constitui uma função facilitadora da cognição humana, permitindo a libertação dos limitados recursos atencionais, para que estes se possam ocupar de aspectos da prática mais complexos ou atípicos, os quais requerem um pensamento mais sistemático.

Greenwood (2000) conclui, afirmando que uma prática de enfermagem efectiva e humana requer, por isso, tanto a construção e a indução automática de roteiros (*scripts*) de cuidados baseados na evidência para lidar com as exigências dos cuidados quotidianos de modo automático com menor esforço, como de habilidades de pensamento crítico para lidar com aspectos dos cuidados que se afigurem mais atípicos ou problemáticos.

Por seu lado, Offredy (2002), utilizando uma terminologia de algum modo diferente, refere que a teoria do esquema descreve a construção do modelo mental para a resolução de problemas, concebendo um esquema como um elemento facilitador (*conveyor*) de memória que permite o agrupamento das experiências similares de um indivíduo, de modo a que este possa efectuar uma série de procedimentos: reconhecer facilmente experiências adicionais similares, discriminando-as das dissimilares; aceder ao quadro de referências genérico que contém os elementos essenciais de todas as experiências semelhantes, incluindo as componentes verbais e não verbais; inferir, efectuar estimativas, estabelecer objectivos e desenvolver planos de acordo com este mesmo quadro de referências; e utilizar habilidades, processos ou regras necessárias, quando confrontado com um problema para o qual este quadro de referências particular é relevante.

Com base neste modelo, Offredy (2002) estabelece quatro funções da teoria dos esquemas, cada qual requerendo quatro tipos de conhecimento: conhecimento de identificação (*identification knowledge*), que permite o reconhecer um assunto, tendo

como actividade chave o reconhecimento de padrões, e que resulta de múltiplos processos cognitivos que ocorrem conjuntamente, não havendo estímulos únicos que conduzam ao reconhecimento; conhecimento de elaboração (*elaboration knowledge*), que contém os detalhes dos elementos-chave do evento ou situação que provocam o desenvolvimento do esquema; conhecimento de planeamento (*planning knowlege*), que se refere à habilidade para utilizar o esquema de modo criativo, planear, estabelecer objectivos e metas, quando confrontado com as situações; e conhecimento de execução (*execution knowlege*), que consiste em conduzir a informação para a acção, sendo este processo provavelmente partilhado entre vários esquemas.

Segundo refere, estes quatro tipos de conhecimento base correspondem aos descritos por Marshall (1995).

### **Conhecer o doente**

Para Radwin (1995 b e 1996) muitos dos estudos realizados na enfermagem com base nas teorias analíticas não chegaram a conclusões definitivas, nem identificaram todos os processos pelos quais os enfermeiros tomam decisões relativamente aos problemas / diagnósticos de enfermagem ou acerca das suas intervenções. Tais abordagens analíticas baseiam-se grandemente no processo de raciocínio lógico, não incluindo, por isso, outros factores, tais como, por exemplo, as emoções.

Por isso, Radwin (1995 a e b) propõe um modelo alternativo para o estudo da decisão clínica na enfermagem, de natureza qualitativa, utilizando o método da teoria fundada (*grounded theory*), cujo conhecimento do utente constitui o seu processo central. De um modo geral, este modelo descreve a utilização, por parte dos enfermeiros, do conhecimento das experiências, dos comportamentos, dos sentimentos e das percepções dos utentes, com vista à selecção de intervenções individualizadas.

Este autor chama, no entanto, à atenção para que diferentes conceptualizações do processo de decisão poderão emergir consoante os modelos utilizados: analítico ou empírico. Além disso, argumenta e admite que a abordagem usada no raciocínio diagnóstico ou juízo diagnóstico não possa ser directamente aplicada ao raciocínio de

intervenção ou terapêutico, afirmando que estes dois tipos de raciocínio diferem nas definições, nos conceitos, nos termos e no foco da decisão de enfermagem.

A importância de conhecer o utente no contexto dos cuidados hospitalares foi, até ao momento, melhor documentada por Radwin (1996). Na área de cuidados comunitários, mais recentemente, Luker *et al.* (2000), desenvolvendo um estudo alargado com o objectivo de explorar o significado da qualidade de cuidados em três situações típicas, designadamente, cuidados a doentes com feridas, doentes com alta precoce e cuidados paliativos e terminais, constataram, igualmente, a sua importância em tal contexto.

Assim, Radwin (1996), num trabalho de revisão da literatura mais relevante sobre o conceito de “conhecer o utente” chegou à conclusão de que, não obstante ser este um conceito relativamente novo, começava a surgir com relativa frequência em estudos sobre a prática de enfermagem, revestindo-se este de relevante importância para o processo de decisão, sobretudo de intervenção ou terapêutico. Para além disso, tal conceito permitia a concretização de um valor muito querido na enfermagem, o de cuidar dos indivíduos como pessoas únicas.

De facto, “conhecer” é igualmente um dos cinco processos de cuidar descritos por Swanson (1991, 1993) e um elemento essencial do processo de decisão encontrado em diferentes estudos referidos por Radwin (1996), incluindo os dele próprio e os de outros, realizados posteriormente, tais como os de Jesus (1999) e Takemura & Kanda (2003).

Segundo refere Radwin (1996), os investigadores reportam-se a este conceito como possuindo duas componentes, a compreensão do utente pelo enfermeiro e a selecção de intervenções individualizadas, e como estando relacionado com o processo de tomada de decisão de enfermagem em muitos estudos, sobretudo qualitativos.

Relativamente à primeira, este autor afirma que conhecer o utente é um processo de compreender e de prestar cuidados à pessoa como um ser único. O enfermeiro utiliza o conhecimento das especificidades do utente à medida que as escolhas vão sendo realizadas.

Um resultado consistente que encontrou na literatura foi a relevância do conhecimento pelo enfermeiro das percepções específicas de cada utente, incluindo

avaliações e interpretações, constituindo esta compreensão do enfermeiro uma dimensão do “conhecer o utente”. Citando Jenny & Logan (1994), Radwin (1996) refere terem estas verificado que uma tomada de consciência das percepções dos utentes por parte dos enfermeiros ajudava-os a compreender e a lidar com os problemas dos mesmos.

No que se refere à componente selecção das escolhas terapêuticas, Radwin (1996), na sua revisão da literatura, chega à conclusão de que, de um modo geral, os resultados da investigação evidenciavam, de modo consistente, que o conhecer o utente por parte do enfermeiro, permite que as intervenções sejam seleccionadas de modo que o utente seja tratado como um ser individual e único.

Para tal, reporta-se a uma terceira componente, factores relacionados. Assim, refere que os investigadores identificaram factores ou conceitos que estão relacionados ou associados ao conhecer o utente, embora em estudos separados. Radwin (1996) cita o trabalho de Jenny & Logan (1992), no qual foram identificadas estratégias para conhecer o utente - comunicar, perceber, antever (*envisioning*), auto-representação e preocupar-se, enquanto o próprio Radwin (1994, 1995) identificou um conjunto diferente de estratégias; estabelecer empatia, reconhecer padrões (*matching a pattern*), desenvolver uma visão global (*bigger picture*) e estabelecer o equilíbrio entre preferências e dificuldades.

Quanto à relação entre o conhecer o utente e factores ou conceitos susceptíveis de influenciar este processo, Radwin (1996) refere ter encontrado uma certa consistência na literatura acerca de três deles: a experiência do enfermeiro no cuidar de utentes, o tempo cronológico e o sentido de proximidade entre o utente e o enfermeiro. Com base em Swanson (1993), refere que a **experiência** com utentes possuidores de condições similares, incrementa a capacidade para o enfermeiro conhecer o significado de um determinado evento, num dado momento da vida do utente, significando isto que um enfermeiro experiente pode, de modo mais competente, utilizar o seu conhecimento acerca de um utente em particular porque tem maior habilidade, tanto para antecipar potenciais respostas do utente como para avaliar as actuais.

Da revisão da literatura efectuada por Radwin (1996), este chegou à conclusão de que a experiência proporciona ao enfermeiro maior confiança e conforto e uma melhor capacidade para se focalizar no utente, facto este que lhe permite conhecê-lo melhor.

Relativamente ao **tempo cronológico**, este constituiu o segundo factor relacionado com o conhecer o utente, não sendo contudo este tempo referido na literatura como se reportando a unidades de tempo, mas como sendo o contacto continuado, com utilização de curtos ou longos períodos. Ainda de acordo com este autor, outros referem igualmente que conhecer o utente requer tempo para aprender acerca do mesmo como pessoa, e advertem para o facto de que restrições de tempo são susceptíveis de inibir a habilidade para o enfermeiro conhecer o utente

Por fim, um terceiro factor identificado como estando relacionado com o conhecer o utente, é o **sentido de proximidade** entre o enfermeiro e o utente. Para tal proximidade, alguns autores (Alexander, 1990; Tanner, 1993; Luker *et al.*, 2000; Takemura & Kanda, 2003) consideram como determinante o estar com ele, o envolvimento entre o utente e o enfermeiro e a intimidade, que na perspectiva de Radwin (1994, 1995 a e b, 1996 e 1998), está relacionada com a individualidade das intervenções.

Como implicações para a prática, Radwin (1996) refere que conhecer o utente constitui um elemento muito importante, por quatro razões principais: em primeiro lugar, os utentes são reconhecidos e tratados como pessoas únicas; segundo, pode constituir uma característica da perícia em enfermagem, uma vez que em quatro dos estudos consultados, os participantes eram considerados peritos, embora com a ressalva de que experiência pode não ser sinónimo de perícia, porém um factor contribuinte para uma melhor e mais adequada avaliação e, por conseguinte, para a tomada de decisões mais individualizadas; terceiro, porque é relevante para a mudança das condições estruturais da prática de enfermagem, tais como são as restrições no tempo disponível para a prestação de cuidados, a rotatividade dos utentes, a substituição de enfermeiros por pessoal menos habilitado, etc; e, por fim, o aspecto mais importante segundo o próprio Radwin (1996), o conhecer o utente pode constituir o factor facilitador da obtenção de resultados positivos em termos de ganhos em saúde.

No que se refere especificamente a resultados, o autor refere que alguns estudos demonstram que, com os cuidados baseados em conhecer o utente, os utentes podem regressar a casa em vez de permanecerem no hospital, pode igualmente conseguir-se uma redução na procura dos serviços de urgência, uma gestão mais efectiva da dor e, do ponto de vista dos utentes, estes referem cuidados mais personalizados,



confortáveis, que os ajudam ou que são curativos. Refere ainda outros estudos qualitativos que evidenciam a relação entre a percepção do utente de ser conhecido e resultados positivos, tais como são o sentir-se cuidado, desenvolver um maior autocuidado e aceitar melhor a ajuda, quando necessário.

A concluir, Radwin (1996) reafirma que, de um modo geral, o conceito de conhecer o utente é muito importante para a prática da enfermagem, porque permite ao utente ser tratado como pessoa única, identificar práticas competentes, de qualidade, e afigura-se ser relevante para as mudanças nas condições das práticas com vista à optimização de resultados de saúde no utente.

Como recomendações para futura investigação salienta que, uma vez que o conhecer o utente apenas tem sido estudado recentemente, existem ainda muitos aspectos a explorar. Um deles é a necessidade do aprimoramento das componentes do processo (conhecimento do enfermeiro e individualidade das intervenções). Um outro seria a procura de uma maior clarificação entre as teorias do cuidar e as do processo de tomada de decisão. Um outro ainda poderia ser identificar a relação entre o conhecer o utente e a experiência ou perícia no sentido de esclarecer se esta característica será apenas do perito. Finalmente, em sua opinião, deverá ser realizada mais investigação no domínio do conhecer o utente e os resultados positivos na saúde do utente.

Crow *et al.* (1995), por seu lado, sugerem que o conhecer o doente constitui uma parte intrínseca do raciocínio clínico do enfermeiro, sobretudo o perito, comparando este processo com o “*nursing gestalt*” de Pyles & Stern’s (1983), o qual se refere à “*gestalt*” como uma maneira de categorizar o quadro do utente, usando lógica e intuição. Neste mesmo sentido Benner *et al.* (1996) afirmam que o conhecer o doente e o estar envolvido no seu cuidado constituem elementos chave do fortalecimento da intuição na prática dos cuidados.

Nesta conformidade, fica assim demonstrada a importância de que o conhecer o utente no seu todo se reveste para o processo de prestação de cuidados ou de decisão clínica de enfermagem, importância esta referida frequentes vezes durante as

entrevistas com enfermeiros principiantes e experientes, participantes no estudo realizado por Jesus (1999).

Igualmente, Luker *et al.* (2000), num estudo sobre as representações de 60 enfermeiros de cuidados de saúde comunitários sobre cuidados paliativos de qualidade verificaram que o conhecer o utente e a sua família constituiu o elemento central e um antecedente essencial para a prestação de cuidados de qualidade.

Como factores facilitadores de relações positivas e estratégias a utilizar Luker *et al.* (2000) relevam um contacto o mais cedo possível com o utente e a sua família, o assegurar a continuidade de cuidados, o disponibilizar mais tempo para estar com o utente e o proporcionar cuidados globais, que incluam os aspectos emocionais.

Segundo as autoras, a importância de conhecer o utente não constituiu uma novidade, referindo os trabalhos anteriores de Radwin. No entanto, são de opinião que o seu estudo contribuiu para esclarecer melhor as circunstâncias sob as quais os enfermeiros têm de trabalhar, para conhecer melhor o utente e a sua família.

Neste estudo, Lucker *et al.* (2000) organizaram os resultados em torno dos principais temas emergentes que, na parte referente aos cuidados paliativos, consistiram em: conhecimento do utente e da família, para o qual o envolvimento, a comunicação, o tempo junto do utente, a continuidade de cuidados, e o ambiente de cuidados constituem pré-requisitos fundamentais; importância de um acesso prematuro; importância de saber quem conhece o quê acerca do diagnóstico e prognóstico, contribuindo para um cuidado mais dirigido para os problemas de *coping*, menos *stressante* e mais gratificante, tanto para utentes e família, como para a equipe de cuidados, particularmente em situações terminais; e a gestão de situações difíceis.

Mais recentemente, Takemura & Kanda (2003), num estudo tendo por objectivo descrever o processo de prestação de cuidados em enfermeiras Japonesas, chegaram a semelhantes conclusões. Assim, na descrição deste processo, as autoras constataram entre outros que, logo num primeiro contacto com o utente, as enfermeiras formavam rapidamente uma imagem deste, porém, alterando-a continuamente, de cada vez que obtinham nova informação a seu respeito.

Esta imagem consistia no conhecimento do seu mundo subjectivo (a perspectiva do utente) e acerca do utente no seu todo (a perspectiva do enfermeiro acerca do

utente). Conforme referem, as diferentes decisões tomadas durante o processo de cuidados de enfermagem baseavam-se no conhecimento contínuo do utente.

Através deste estudo, as autoras concluíram que o conhecer o utente afigura-se-lhes particularmente importante para o processo de cuidados, corroborando, deste modo, os resultados de outros trabalhos realizados noutras latitudes e culturas, designadamente, alguns dos que anteriormente referimos.

### **Novas abordagens do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem**

Não obstante a actualidade das teorias e dos métodos de estudo que temos vindo a referir neste subcapítulo, novas abordagens, porém, têm surgido mais recentemente. Tal é o caso da denominada abordagem pós-estruturalista feminista, proposta por Arslanian-Engoren (2002).

Esta autora reafirma a existência de dois paradigmas dominantes no estudo do processo de tomada de decisão: o normativo, fundamentado nas ciências matemáticas e na lógica Aristotélica, o qual pretende prescrever o modo como as decisões devem ser tomadas; e o descritivo, baseado nas ciências psicológicas e que se focaliza no modo como as decisões são realmente tomadas.

No entanto, por considerar serem estes dois paradigmas insuficientes para uma completa descrição do processo de tomada de decisão, Arslanian-Engoren (2002) defende a abordagem pelo paradigma pós-estruturalista feminista, que emergiu a partir de uma abordagem mais geral e, segundo refere, constitui uma perspectiva alternativa para explicar as subtilidades daquele processo.

De acordo com a autora, através desta abordagem de investigação, que considera ser inovadora, poderão ser examinados, entre outros, a construção do significado, as relações de poder e a importância da linguagem, na medida em que esta afecta as decisões na saúde contemporânea.

Citando Dickson (1990), refere ainda que, nesta perspectiva teórica, existem três princípios significativos a considerar: a linguagem, a subjectividade e o poder, todas estas consideradas importantes para o completo conhecimento dos processos de tomada de decisão clínica na saúde em geral e na enfermagem em particular.

Uma outra perspectiva é apresentada por Marks-Maran (1999), referindo não ser o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem um processo linear, mas antes, caótico. Por isso defende a sua abordagem à luz da teoria do caos, através da utilização dos quatro princípios desta teoria: a extrema sensibilidade a condições iniciais (efeito borboleta); a consideração de que as causas e os efeitos não são proporcionais; a não linearidade dos processos de tomada de decisão ou de prestação de cuidados; e, por último, a desordem do processo de tomada de decisão clínica, adentro de uma certa ordem (*disordered within a certain orderliness*).

Segundo refere, as decisões de enfermagem são tomadas de modo aleatório e, por vezes, de modo intuitivo. Por isso, argumenta, um quadro de referências linear e ordenado para explicar esta desorganização nunca poderá funcionar adequadamente.

No entanto, o próprio Marks-Maran (1999), no comentário sobre o seu artigo, alerta-nos para o facto de que relacionar a teoria do caos com o processo de prestação de cuidados poderá ser um pouco perigoso e de que a sua opinião sobre o processo de enfermagem não é tão radical quanto a do artigo que considera, de algum modo, provocatório, admitindo tê-lo escrito com esse mesmo propósito.

Do anteriormente exposto, podemos verificar a existência de diferentes perspectivas de abordagem do processo de tomada de decisão.

No entanto, segundo refere Greenwood (2000), a abordagem dominante para o estudo do raciocínio clínico ou decisão diagnóstica, nas três décadas passadas, permitiram aos investigadores focalizarem-se predominantemente no processo de raciocínio consciente utilizando estudos de caso simulados em vez de se concentrarem nos processos de raciocínio, conscientes e inconscientes, no mundo real das situações clínicas.

De acordo com este autor, a simulação de estudos de caso é diferente das situações reais em certos aspectos, tais como: em primeiro lugar, o fluxo de informação é controlado pelo investigador; segundo, a informação, que habitualmente está apenas relacionada com as situações clínicas, é apresentada de modo seriado; terceiro, a motivação dos participantes e os objectivos são assumidas como sendo simples e singulares.

O autor refere ainda que a simulação de casos clínicos tem sido utilizada em estudos cujas abordagens teóricas são baseadas na teoria da decisão, na teoria do processamento de informação e na teoria da aquisição de competências.

Semelhante opinião apresenta Taylor (2000) ao referir que a maioria dos estudos de investigação sobre o processo de resolução de problemas clínicos, entendido como um processo que se inicia com a identificação de um problema no utente pelo enfermeiro e que persiste até à tomada de decisão para minimizar ou resolver esse problema, tem utilizado situações simuladas de utentes através de filmes, casos escritos, audiogravados ou programas informáticos interactivos.

No entanto refere que, não obstante o esforço dos autores para aproximar tais situações dos contextos reais, persiste ainda um problema, o de que a simulação carece inevitavelmente da complexidade contextual do ambiente clínico e, como tal, deve ser tida em consideração na interpretação dos resultados.

No que se refere aos instrumentos para medir o nível de habilidade do processo de tomada de decisão na enfermagem, Girot (2000) afirma existirem ainda muito poucas ferramentas disponíveis, além do “*Nursing Performance Simulation Instrument de Gover*”, adaptado mais recentemente para um estudo desenvolvido por Shin (1998).

Por seu lado Watson (1994), recomenda a utilização da observação como abordagem essencial na avaliação do processo de decisão no contexto real da prática clínica de enfermagem, não obstante a utilização de outras técnicas, como a simulação e a colocação de questões referentes a problemas.

Girot (2000) utilizou o instrumento “*Clinical Decision-making in Nursing Scale (CDMNS)*” de Jenkins (1995), o qual permite avaliar as percepções dos enfermeiros acerca do seu processo de decisão na prática clínica, embora não examine a actividade em si mesma.

Segundo refere, este instrumento é constituído por um questionário composto por 40 itens divididos por quatro subescalas de dez itens cada, correspondentes a quatro componentes do processo de tomada de decisão na perspectiva de Jenkins (1985): procura de opções e alternativas, exame minucioso de objectivos e valorizações, avaliação e reavaliação de consequências e procura de informação.

A autora sugere, no entanto, que o estudo da decisão seja realizado através do método de observação.

Nesta conformidade, e no que se refere às várias teorias utilizadas no estudo da decisão clínica de enfermagem, podemos concluir que as abordagens analíticas da decisão, particularmente a teoria de processamento de informação, têm sido as mais utilizadas. Contudo, o uso de abordagens naturalistas e qualitativas na análise do processo de decisão tem vindo a ser incrementado.

Neste subcapítulo, abordámos as principais teorias e métodos utilizados no estudo do processo de decisão clínica de enfermagem.

Naquele que se segue iremos descrever os factores susceptíveis de a influenciar.

#### **1.4. FACTORES QUE INFLUENCIAM A DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

Não obstante os estudos sobre os factores que influenciam o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem serem pouco abundantes e, muitos deles, apresentarem algumas limitações de natureza metodológica, designadamente no que se refere à sua não generalização, verificamos a confirmação da existência de relação entre alguns destes factores, bem como existir um consenso entre diferentes autores acerca da influência dos mesmos.

Da revisão da literatura sobre os factores susceptíveis de influenciar o processo de decisão clínica de enfermagem podemos agrupá-los em factores contextuais e individuais, pois, a maioria das decisões clínicas, diagnósticas ou de intervenção, são muitas vezes tomadas em contextos complexos, pouco facilitadores, dinâmicos, na presença de escassez de informação ou de informação subtil, apesar de se tratarem de decisões que exigem muito conhecimento e habilidade para a prossecução dos resultados esperados.

Entre os factores ambientais, portanto exteriores ao indivíduo, podemos considerar os inerentes à natureza e ao contexto da actividade (Tanner *et al.*, 1987; Lauri & Salantera, 1995; Fowler, 1997; Daley, 1999; Greenwood *et al.*, 2000; Teekman, 2000; Donnelly, 2003; Gerdtz & Bucknall, 2001, 2003; Seymour *et al.*, 2003), à complexidade do problema ou da situação a resolver (Abu-Saad & Hamers, 1997; Ellis, 1997; Williams, 2002; Bucknall, 2003), às características dos utentes tais como a idade, as suas expectativas (Woolley, 1990; Abu-Saad & Hamers, 1997; Lucker *et al.*, 1998; Gerdtz & Bucknall, 2001, 2003), ao conhecimento do utente (Jenks, 1993; Crow *et al.*, 1995; Radwin, 1995 a, b, 1996, 1998 e 2000; Benner *et al.*, 1996; Luker *et al.*, 1998; Benner, 2003; Takemura & Kanda, 2003), à informação disponível (Mackenzie & Laschinger, 1995; Meurier, 1998; Thompson, 1999; Teekman, 2000; Silva, 2001; Thompson & Dowing, 2002; Arslanian-Engoren, 2002; Thompson *et al.*, 2003), à intensidade de trabalho (Bryans & McIntosh, 1996; Buknall, 2003), à prática reflectida (Jarvis, 1992; Benner, 1995; Clarke *et al.*, 1996; Greenwood, 1998 b); Heath, 1998; Rolfe, 1999; Teekman, 2000; Donnelly, 2003) e às fontes de informação (Cholowski & Chan (1992; Carpenito, 1985; Lamond *et al.*, 1996; Jesus, 1999; Thompson *et al.*, 2001, a e b).

Como factores individuais salientam-se o conhecimento e a experiência do enfermeiro (Benner, 1984; Pardue, 1987; Luker & Kenrick, 1992; Watson, 1994; Lauri & Salantera, 1995; Abu-Saad & Hamers, 1997; Aquilino, 1997; Radwin, 1998; Lucker *et al.*, 1998; Teekman, 2000; Rapps *et al.*, 2001; King & Clark, 2002; Bird & Wallis, 2002; Donnelly, 2003; Lowe, 2003; Thompson, 2003), o tipo predominante de “locus de control” (Tschikota, 1993; Luker *et al.*, 1998), os valores (Woolley, 1990; Jesus, 1995; Brooks & Thomas, 1997; Branco, 1999; Dzurec, 1999; Lamond & Thompson, 2002; Estabrooks *et al.*, 2003); a flexibilidade (Bryans & McIntosh, 1996; Lindeman, 2000; Seymour *et al.*, 2003); o género (Fagerberg *et al.*, 1999; Arslanian-Engoren, 2002), entre outros.

Vários dos trabalhos ou opiniões de autores anteriormente mencionados referem múltiplos factores susceptíveis de influenciar a decisão, e são apresentados de modo independente da sua natureza.

Radwin (1996), por exemplo, refere a experiência do enfermeiro a cuidar de utentes, o tempo cronológico e o sentido de proximidade entre o utente e o enfermeiro como factores consistentemente relacionados com o “conhecer o utente”, aspecto central do processo de tomada de decisão.

Por seu lado, Fowler (1997) no seu estudo sobre estratégias de raciocínio utilizadas durante o planeamento de cuidados encontrou suporte para a evidência da importância do conteúdo e do contexto clínico e, igualmente, da experiência durante esta actividade.

De acordo com Di Giulio & Crow (1997), o raciocínio clínico, definido como a resolução de problemas e a tomada de decisão clínica, pode ser influenciado por vários factores, não obstante a sua influência relativa permanecer pouco clara.

Estes autores referem-se à experiência, ao conhecimento, à complexidade da tarefa e ao tipo de estratégia de processamento de informação utilizada. No entanto, salientam não estar ainda esclarecido o quanto as diferenças na *performance* entre o principiante e o perito, referidas na literatura, são devidas a habilidades na resolução de problemas, ao conhecimento clínico ou à combinação de ambos.

Outros estudos e autores vieram confirmar alguns destes factores, designadamente Brooks & Thomas (1997), que num estudo descritivo e tendo como objectivo principal identificar e classificar factores que são considerados integrantes do processo de tomada de decisão pelos estudantes seniores do curso de bacharelato em enfermagem, concluíram que, surpreendentemente, nenhum dos participantes encarou a situação clínica (simulada) da mesma maneira. Este facto foi interpretado pelas autoras como sendo devido à influência da experiência da pessoa no seu todo, produzindo, deste modo, respostas individualizadas.

Segundo as autoras, os resultados deste estudo sugerem ainda que a inter-relação entre percepção e o julgamento (consciência da percepção intrapessoal) ocorre através das características intrapessoais. Segundo referem, é a interacção de todas estas características dentro da pessoa que produz a percepção e o julgamento interactivo ou integral no processo consciente de percepção intrapessoal. Todas as respostas



possuíam uma característica intrapessoal em comum, o conhecimento pessoal ou a compreensão individual da situação na perspectiva do “eu” próprio e único do sujeito.

Neste estudo, Brooks & Thomas (1997) identificaram ainda outras características intrapessoais tais como a experiência, os valores e as crenças pessoais, a crença individual no que se refere à dor, as fontes de conhecimento intrapessoal, a cultura e estilos de vida, a religião, o conhecimento pessoal ou a capacidade para conhecer.

A experiência foi a característica intrapessoal mais proeminente, tendo sido categorizada em trabalho anterior e experiência clínica, experiência profissional e falta de experiência (ou não saber o que fazer).

As crenças e os valores pessoais constituíram a segunda característica intrapessoal mais proeminente. De acordo com as autoras, as crenças foram particularmente aparentes nas categorias intuitivas e afectivas da percepção e julgamento. Segundo referem, em muitas situações, os participantes procuravam aspectos relacionados com as suas crenças pessoais, por exemplo, relativamente à dor.

A educação constituiu uma característica interpessoal importante, tendo sido referida explicitamente como fonte de conhecimento e de raciocínio. A cultura e os estilos de vida, bem como a religião ou a espiritualidade foram aspectos igualmente encontrados como factores intrapessoais de influência no processo de decisão.

Por fim, as mesmas autoras referem-se a uma das categorias que emergiu no seu estudo - o autoconhecimento. Sublinham que características interpessoais como a experiência e a educação podem não ser directamente identificadas como contribuindo para o processo de consciência de percepção intrapessoal. Nesta categoria, o conhecimento pessoal, saber o que fazer, agir, prestar atenção à informação, e o raciocínio pessoal estavam interrelacionados com as crenças e os valores. Conforme salientam, os participantes “sabiam” dentro de si o que fazer.

Os resultados deste estudo permitiram às autoras concluir que todas estas características que emergiram como que contribuindo para a consciência da percepção intrapessoal dos enfermeiros participantes tinham um factor em comum - o *self*. Este facto foi interpretado como sendo o *self* o como a percepção e o julgamento interagem e, não podendo, por isso, serem separados. As autoras afirmam que é através da interrelação das características interpessoais do próprio *self* que o enfermeiro, como uma pessoa no seu todo, toma as decisões clínicas.

Brooks & Thomas (1997), da revisão da literatura sobre o processo de decisão e o processo afectivo intrapessoal (valores, crenças, atitudes, emoções) consideram a necessidade de incluir processos intrapessoais dentro do processo de decisão clínica. Acrescentam que os resultados deste estudo não suportam que o processo afectivo, intrapessoal, seja separado do *self*. Pelo contrário, os resultados sugerem que os processos afectivos, tais como as emoções, sentimentos e crenças, são parte da experiência da pessoa como um todo (*whole-person experience*) e concluem que, em todas as situações clínicas, as decisões incluem aspectos éticos dentro do processo de consciência da percepção intrapessoal do enfermeiro como um todo.

Por sua vez, Radwin (1998), num artigo sobre a conceptualização da experiência dos enfermeiros, que resultou de um estudo qualitativo com recurso à *grounded theory*, e tendo como objectivo descrever o processo de tomada de decisão, refere que uma das condições que mais contribuiu para o processo de “conhecer o doente” (Radwin (1995 a e b), aspecto central do processo de decisão clínica de enfermagem neste estudo, foi a experiência do enfermeiro.

O autor define conceptualmente a experiência do enfermeiro, como sendo a aplicação daquilo que este aprendeu através de situações práticas anteriores, isto é, a experiência produz conhecimento e este conhecimento é utilizado nos cuidados subsequentes aos utentes. Além disso, assegura, a análise dos dados revelou três atributos da experiência, cada um dos quais relacionado de modo particular com o processo de decisão.

Segundo refere, com a experiência, o enfermeiro desenvolve a capacidade de se centrar no utente, de conhecê-lo e de decidir melhor, em detrimento de uma maior focalização no equipamento ou procedimentos. Igualmente, aprende a ser confiante, a lidar mais com as emoções e os sentimentos dos utentes, a colocar-lhes questões mais difíceis, a escutar activamente e a considerar um maior número de intervenções, a respeitar as preferências dos utentes e a individualizar melhor as intervenções.

Finalmente, sublinha, a experiência proporciona o conhecimento dos antecedentes e consequentes das situações específicas de cada utente, permitindo a antecipação de um conjunto de possíveis sentimentos e percepções deste, o decidir melhor sobre as intervenções e o desenvolvimento de padrões ou configurações,

incluindo comportamentos, sentimentos ou percepções de utentes em situações similares, intervenções e respectivos resultados. Adverte, no entanto, para o facto de daí poderem resultar intervenções menos individualizadas.

Por seu lado, Buckingham & Adams (2000 b) referem que o elemento de maior influência no processo de tomada de decisão é o desenvolvimento psicológico das funções cognitivas, não apenas através do seu percurso individual, mas também através da evolução da espécie humana.

Mais recentemente, King & Clark (2002) realizaram um estudo com enfermeiros de cirurgia e de unidades de cuidados intensivos, com o objectivo de explorar a percepção da utilização da intuição no contexto das suas práticas. Verificaram que, da análise e consideração dos dois principais aspectos do processo de tomada de decisão, intuitivo e analítico, emergiram dois padrões aparentemente relacionados com o nível de conhecimento, habilidade e confiança (segurança) dos enfermeiros na sua prática.

Também Arslanian-Engoren (2002), e como resultado de um estudo que realizou através da abordagem pós-estruturalista feminista com enfermeiros que efectuem a triagem de urgência por telefone, afirma ter encontrado evidência de que os sintomas mais salientes, a linguagem, a idade e o sexo do utente constituem factores de influência na decisão. A subjectividade individual do enfermeiro, ou seja, o confiar na experiência passada e na população mais frequente na sua actividade clínica quotidiana, as crenças e os valores inerentes ao discurso dominante parecem-lhe, igualmente, influenciar, mesmo que indirectamente, a decisão.

No entanto, e conforme refere, contestar práticas de raciocínio dogmático estimula os enfermeiros a considerar os poderes político-sociais e culturais que influenciam o processo de decisão, no sentido de questionar as abordagens tradicionais deste processo e utilizar métodos alternativos de criação de conhecimento científico.

A autora adianta ainda que, sem uma forte base de conhecimentos científicos nos quais se formulam as decisões, factores externos podem influenciar negativamente o processo de tomada de decisão e impedir a prestação de cuidados de qualidade.

Igualmente, Seymour *et al.* (2003) partilham a opinião de que tanto os atributos pessoais como as condições ambientais constituem factores que influenciam o pensamento do enfermeiro durante o processo de prestação de cuidados.

Neste mesmo sentido, vão os resultados obtidos por Bucknall (2003), através de um estudo qualitativo que realizou, tendo por objectivo identificar as influências do ambiente nas decisões clínicas dos enfermeiros. Concluiu que todas as decisões clínicas eram fortemente influenciadas pelo contexto em que eram tomadas. Constatou ainda que a situação do utente, os recursos disponíveis e as relações interpessoais, além do tempo disponível e do nível de risco envolvido, tanto para o utente como para o enfermeiro, constituíram os factores de influência mais importantes.

Como vimos, de entre os factores susceptíveis de influenciar o processo de tomada de decisão de enfermagem, salientam-se o conhecimento e a experiência dos enfermeiros a par de outras características individuais, algumas das quais abordaremos um pouco mais em detalhe.

#### **2.4.1. O PAPEL DO CONHECIMENTO E DA EXPERIÊNCIA NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

A literatura científica das últimas décadas tem sido relativamente prolífera em artigos sobre a importância do conhecimento e da experiência na decisão clínica, quer de enfermagem, quer de outras áreas.

Na enfermagem, foi sobretudo a partir do influente trabalho de Carper, nos anos setenta, e de Benner, na década seguinte, que o debate acerca do papel destas variáveis no processo de prestação de cuidados de enfermagem se mostrou mais evidente.

Vários autores têm desenvolvido estudos e reflexões ou simplesmente referido os trabalhos clássicos destas autoras de renome mundial.

Por exemplo, Attree & Murphy (1999) referem que os quatro padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem descritos por Carper (1978), estético, ético, empírico e pessoal, combinam-se e proporcionam uma sólida base de conhecimentos, os quais representam tanto a ciência como a arte na enfermagem.

Adiantam ainda que o processo de enfermagem constitui uma ferramenta dinâmica e flexível que permite a utilização destes quatro tipos de conhecimento.

Rapps *et al.* (2001), por seu lado, através de um estudo que realizaram, concluíram que o conhecimento académico não constituía um bom indicador da qualidade das decisões clínicas tomadas pelos enfermeiros.

De facto, como referem Seymour *et al.* (2003), não obstante o esforço educativo, político e filosófico empreendidos nas duas últimas décadas para o desenvolvimento da investigação na enfermagem, existem poucas indicações de que os enfermeiros clínicos utilizam o conhecimento obtido pela investigação para fundamentar as suas práticas.

Neste mesmo sentido, Thompson (2003) afirma que, para a vasta maioria das decisões clínicas em situações quotidianas, a evidência para o processo de decisão é o “conhecimento experiencial”. Além disso, refere, a confiança neste conhecimento base significa que os enfermeiros devem utilizar atalhos (*shortcuts*) cognitivos ou heurísticas para processarem a informação quando tomam decisões. Contudo, argumenta, este conhecimento verifica-se como necessário mas não suficiente para o processo de decisão.

Igualmente, Thompson & Thompson (2003) concluíram, através de um estudo realizado com o objectivo de identificar as fontes de informação que os enfermeiros consideram úteis para a redução da incerteza associada às suas decisões clínicas, que o conhecimento produzido pela investigação, por si só, assume um papel de menor preponderância naquelas decisões.

Há já duas décadas, Benner (1984) salientava a importância da experiência para o desenvolvimento da perícia na enfermagem. Através do seu estudo fenomenológico, com enfermeiros de unidades de cuidados intensivos e com alunos finalistas do curso de enfermagem, demonstrou que o modelo de aquisição de competências de Dreyfus & Dreyfus (1980) podia ser aplicado à enfermagem. Desenvolveu, por isso, o modelo conhecido por “modelo de aquisição de competências de Benner”, no qual sugere que a aquisição do nível de perito pressupõe a passagem obrigatória pelas etapas intermédias do contínuo entre principiante e perito: principiante avançado, competente e proficiente.

Jesus (1999) explorou e descreveu este modelo, salientando outros autores que investigaram ou dissertaram sobre o processo de decisão clínica de enfermagem em enfermeiros principiantes e experientes. Concluiu que existe alguma evidência de diferenças no processo de decisão clínica entre os enfermeiros com diferentes níveis de experiência e de perícia.

Com efeito, no trabalho de Jesus (1999), podemos constatar a existência de um conjunto de autores que confirmam o trabalho de Benner, particularmente no que se refere a diferenças existentes entre o modo como os enfermeiros experientes tomam as suas decisões, em comparação com o dos principiantes (Tanner *et al.*, 1987; Watson, 1994; Henri, 1995; Greenwood & King, 1995; Roberts e tal., 1995; Cust, 1995; Radwin, 1995, 1996; Crow *et al.*, 1995; Ellis, 1997; O'Neil & Dluvy, 1997; Lamond & Farnel, 1998; Offredy, 1998; Fragerberg *et al.*, 1999). Contrariamente, os estudos de Greenwood & King (1995), Di Giulio & Crow (1997), Fonteyn (1998), Fonteyn & Cahill (1998) e Priest (1999) não confirmaram tais diferenças.

O papel e a importância do conhecimento experiencial dá origem a um consenso entre diferentes autores (Paul & Heaslip, 1995; Easen & Wilcockson, 1996; Benner *et al.*, 1996; O'Neil & Dluvy, 1997; Luker *et al.*, 1998; Rolfe, 1999; Marks-Maran, 1999; Girot, 2000; Reischman & Yurandi, 2002).

O'Neil & Dluvy (1997), por exemplo, chegaram à conclusão de que o conhecimento é um pré-requisito necessário para o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio diagnóstico, propondo um modelo de desenvolvimento de competências de três níveis, o qual será abordado posteriormente.

Na perspectiva de Rolfe (1999), é de salientar a importância da experiência para o processo de tomada de decisão clínica na enfermagem, a qual deve incorporar o conhecimento científico, o experiencial e o pessoal, incluindo as preferências do utente, os contextos, os recursos disponíveis, em oposição à sobrevalorização do papel do conhecimento científico para aquele processo.

O autor, referindo-se à utilização das grandes generalizações estatísticas referentes à decisão individual junto de cada utente, afirma que estas poderão afigurar-

se úteis ao nível macro das populações no seu todo mas não ao nível micro, ou seja, ao nível individual de cada utente.

Reportando-se ao trabalho de Sackett *et al.* (1996), refere concordar que a evidência e a perícia pertencem a duas categorias lógicas diferentes. De acordo com Rolfe (1999), enquanto a evidência exterior (na forma de artigos de investigação) é um objecto tangível, palpável e observável, a perícia clínica é o processo através do qual o profissional formula um juízo clínico que envolve a integração de diferentes conhecimentos - experiencial e pessoal, incluindo as preferências do utente, no contexto dos recursos disponíveis.

Rolfe (1999) chama, no entanto, à atenção para o equívoco de por vezes se confundir na literatura anos de experiência com perícia, os quais, na sua opinião, são dois aspectos diferentes. Como salienta, um profissional experiente é alguém que acumulou um corpo de conhecimentos experiencial de muitos anos de prática, mas este conhecimento pode ser utilizado de forma inadequada ou pouco inteligente. Poderão, assim, existir profissionais com muitos anos de experiência que não são capazes de a utilizar, concluindo que o que distingue um enfermeiro experiente de um perito é a aplicação inteligente e prudente do conhecimento experiencial.

Este autor propõe um modelo alternativo de decisão clínica, que consiste num processo de perícia que integra e sintetiza o conhecimento científico, o conhecimento advindo da própria experiência anterior do profissional e o conhecimento pessoal dos utentes, individualmente ou do próprio, no contexto dos constrangimentos dos recursos disponíveis.

Neste modelo, um novo conceito de prática baseada na evidência é também proposto, no sentido de passar a incorporar todos os tipos de conhecimento nas decisões clínicas, o qual, na perspectiva de Rolfe (1999), apenas poderá ser desvendado através do processo de reflexão sobre a acção entretanto decorrida, estando a evidência associada não apenas à investigação mas, sobretudo, à prática reflectida.

Semelhante opinião, embora enfatizando o papel da experiência relativamente ao do conhecimento científico, possui Marks-Maran (1999), quando se apoia no trabalho de Page (1996) para afirmar que apenas cerca de 12% das decisões clínicas e

administrativas na enfermagem são fundamentadas por evidência científica de relevo, isto é, baseadas em estudos do tipo quantitativo (*randomized control trials*), tendo sugerido uma nova definição de evidência pós-moderna para os restantes 88 % das decisões.

Segundo propõe, este modo pós-moderno de encarar a evidência para as decisões de enfermagem deve provir tanto da investigação qualitativa e quantitativa, como dos valores dos utentes e dos enfermeiros, bem como ainda do conhecimento adquirido pela reflexão sobre a experiência, da intuição e do conhecimento tácito.

Neste mesmo sentido apontam as opiniões de Lamond & Thompson (2000) quando estes afirmam que existe uma considerável literatura indicando que muitas das decisões clínicas não são baseadas na melhor evidência (conhecimento científico), mas nos juízos intuitivos e subjectivos dos profissionais, particularmente no que se refere às acções a empreender para uma determinada mudança no estado clínico do utente.

Pelo contrário, Bird & Wallis (2002), num estudo descritivo e correlativo abrangendo 180 enfermeiros, com recurso ao questionário e à observação participante, e tendo por objectivo descrever as habilidades de avaliação inicial de utentes e o conhecimento relacionado com a gestão dos cuidados de um utente com infusão epidural, bem como explorar as relações entre estas variáveis e os níveis de educação ou experiência clínica dos participantes, chegaram à conclusão de que o conhecimento teórico pesava mais que as habilidades de performance e de decisão clínicas.

As autoras referem ainda que uma base de conhecimentos sólida, uma acurada técnica e uma sistemática recolha de dados (avaliação inicial) revestem-se de primordial importância para a gestão dos cuidados seguros e eficazes.

Por seu lado, Reischman & Yurandi (2002) realizaram um estudo, no qual participaram dois grupos de enfermeiros, experientes e principiantes, exercendo a sua actividade em unidades de cuidados intensivos cardiovasculares, tendo como objectivo comparar a utilização da sintomatologia relevante para o diagnóstico entre aqueles dois grupos. Para tal, utilizaram cinco simulações de casos clínicos e a análise de protocolos de verbalização do pensamento. Chegaram à conclusão de que a precisão do diagnóstico foi significativamente maior entre o grupo de experientes e que estes



revelaram uma maior relação entre a utilização de maior número de sintomas relevantes *versus* a totalidade dos sintomas, do que os do grupo de principiantes.

As autoras concluíram, por isso, que estes resultados suportam, na generalidade, a ideia de que o desenvolvimento da perícia diagnóstica está associado com a habilidade para se focalizar na sintomatologia mais relevante, de modo a aceder à memória de procedimento (*procedural*) onde o conhecimento específico do domínio reside. O acesso a este conhecimento dependente do domínio é, provavelmente, na opinião das autoras, a chave para o reconhecimento cognitivo de padrões, o qual se afigura ser característico dos peritos e suportado cada vez mais por diferentes autores da enfermagem, da medicina e da psicologia cognitiva.

Como referimos anteriormente, a maior parte dos estudos realizados no âmbito do processo de decisão em geral e clínica de enfermagem em particular abordam as diferenças entre principiantes e experientes, havendo contudo resultados de algum modo contraditórios.

Por exemplo, Radwin (1994, 1995 a e b, 1996, 1998) e Luker *et al.* (2000) são de opinião de que o processo de decisão do enfermeiro perito pode ser caracterizado pelo conhecer o utente, deixando transparecer a ideia de haver diferenças nesta habilidade entre enfermeiros com níveis diferentes de experiência e de perícia.

Pelo contrário, Di Giulio & Crow (1997), num estudo que teve como principal objectivo descrever o processo cognitivo de enfermeiros e de médicos durante a prescrição de medicamentos a utentes no pós-operatório da cirurgia oncológica, verificaram que, para além de não existirem diferenças entre estes dois grupos profissionais quanto às estratégias de raciocínio, também não as havia entre principiantes e experientes em ambos os grupos profissionais.

Além disso, constataram que ambos estes grupos não separavam os problemas, as intervenções e as respectivas consequências, verificando-se estarem estas intrinsecamente interligadas. Os autores referem no entanto que, não obstante se tratar da mesma actividade, as diferenças poderão estar mais no significado e nos pesos atribuídos aos sinais ou sintomas, devido a formações diferentes. O médico mais

centrado no diagnóstico do problema e os enfermeiros mais centrados no todo do utente.

Por seu lado, em 1998, Lamond & Farnell, num estudo exploratório com enfermeiros principiantes e peritos, utilizando simulações de situações de utentes e entrevistas com os participantes, examinaram a informação utilizada pelos enfermeiros peritos, a maneira como organizam o seu conhecimento e a adequação da decisão, quando consideram o tratamento das úlceras de pressão. Os resultados deste estudo indicaram que os enfermeiros peritos tomam decisões mais acertadas e, igualmente, focalizam-se mais na informação que é relevante e útil para a decisão.

Em Portugal, Jesus (1999), através do estudo que realizou sobre o processo de decisão clínica de enfermagem, não identificou diferenças assinaláveis entre principiantes e experientes, no que se refere ao modelo ou padrão de raciocínio no processo de decisão clínica dos enfermeiros participantes. Verificou idêntica ordem de intensidade relativamente a frequência das categorias de orientação do pensamento e, na maioria deles, as mesmas estratégias cognitivas. Contudo, algumas destas foram mais frequentes nos principiantes (procura de informação adicional e identificação de problemas / diagnósticos de enfermagem), e outras nos experientes (inferência, identificação de necessidades de cuidados e formulação do problema / diagnóstico de enfermagem). A análise da intensidade das orientações do pensamento ao longo da resolução dos casos sugere a existência de diferenças individuais, independentemente do nível de experiência dos participantes. Todavia, não foram consideradas neste estudo a adequação da utilização das estratégias nem a qualidade dos resultados produzidos.

Também Fagerberg *et al.* (1999), num estudo longitudinal, qualitativo, com 30 estudantes de enfermagem, cujo principal objectivo foi descrever o desenvolvimento do seu raciocínio e o nível de conhecimentos, face a uma situação clínica particular, verificaram que a abordagem do problema e o raciocínio dos estudantes no último ano do curso (mais experientes) eram semelhantes aos dos anos anteriores nos mesmos alunos.

O raciocínio era principalmente baseado na actividade. Os estudantes não conduziam um processo de raciocínio para trás e para a frente, mas optavam por “fazer”, baseado no raciocínio indutivo. Igualmente, não reflectiam sobre as actividades sugeridas nem sobre as dimensões éticas dos casos, o que foi interpretado pelas autoras como sendo reflexo do comportamento dos professores na educação clínica, dando estes maior ênfase na execução sem ajudar os estudantes a reflectirem e a raciocinarem acerca das diferentes acções.

A resultados de algum modo diferentes chegaram Fonteyn (1998) e Fonteyn & Cahill (1998) em estudos sobre estratégias de raciocínio, tendo verificado que os estudantes de enfermagem utilizavam estratégias semelhantes aos enfermeiros experientes, quando pensavam durante a prática de enfermagem

Por seu lado Priest (1999), num estudo qualitativo, cujo objectivo principal foi o de comparar as percepções de enfermeiros principiantes (estudantes de enfermagem) e experientes, acerca dos cuidados psicológicos, chegou igualmente à conclusão de que, não obstante existir uma sobreposição de temas entre os dois grupos, os principiantes consideraram um conjunto mais alargado de temas centrais ao processo de cuidados psicológicos e um maior número de factores contribuintes para o processo de aquisição de competências para a prestação de cuidados psicológicos.

No que se refere à intuição, verificou também que os principiantes enfatizaram o papel da intuição no desenvolvimento daquelas habilidades, apesar de aparentemente não terem aprendido tal processo.

A autora refere que estas semelhanças entre as percepções e compreensões em enfermeiros principiantes e experientes não se conformam com o trabalho de Benner acerca do desenvolvimento de competências, e vão de encontro ao trabalho de Greenwood & King (1995), os quais verificaram igualmente que enfermeiros principiantes e experientes partilhavam um conjunto de conceitos cuja inclusividade e complexidade aparentavam ser idênticas.

Mais recentemente, O’Neil & Dluhy (1997) e King & Clark (2002) desenvolveram estudos que, no essencial, comprovam uma vez mais o modelo de

desenvolvimento de competências descrito por Benner (1984), sugerindo, no entanto, algumas alterações pontuais no conteúdo e número de níveis.

Assim, O'Neil & Dluhy (1997), baseados nos trabalhos anteriores de Elstein *et al.* (1978, 1990), Benner (1984), Schon (1987), Patel *et al.* (1988, 1991), Tanner (1989), Benner *et al.* (1996), apresentam um modelo de maturação na prática de enfermagem que inclui quatro componentes: o nível de experiência do clínico, a aquisição de conhecimentos, o arquivo e utilização do conhecimento e o estudo do raciocínio que predomina em cada nível de experiência. Este modelo baseia-se nos pressupostos de que os enfermeiros clínicos, adquirindo habilidades de raciocínio diagnóstico em enfermagem, progredem através de etapas que são caracterizadas por mudanças nas representações do conhecimento na memória. Essas representações do conhecimento, construídas numa prática extensiva, tornam-se mais densas durante o curso do desenvolvimento do enfermeiro clínico e são protótipos e representações exemplares de problemas de saúde dos utentes vistos anteriormente. O conhecimento configura, assim, um pré-requisito fundamental para o desenvolvimento do pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico.

Este modelo, ao contrário do de Benner (1984) e Benner *et al.* (1996), considera três níveis de desenvolvimento da prática: estudante, clínico principiante e clínico experiente.

No nível estudante, com o seu conhecimento limitado, predomina o raciocínio baseado em regras. Regras simples, tais como “se x estiver presente, então fazer y” constituem a base da prática. O estudante possui um pequeno repertório de opções de apreciação que pode incluir o recurso a outras pessoas se a acção não resultar.

No nível do clínico principiante, com a duração de três anos aproximadamente, os enfermeiros desenvolvem compreensões acerca das manifestações práticas de sinais e sintomas e um conjunto de situações de resposta humana. O raciocínio neste período afasta-se progressivamente de regras rígidas e segue um padrão analítico racional deliberado, o qual envolve o exame dos dados do utente, tais como os sinais e os sintomas e a sua combinação lógica para chegar à formulação do juízo clínico.

Ao nível do clínico experiente, depois de aproximadamente três anos de experiência de domínio específico, o enfermeiro foi exposto a muitas variações em resposta a populações específicas. Esta considerável prática favorece o desenvolvimento de protótipos e exemplares. Para além de uma rede significativa de exemplos de domínio específico, os enfermeiros possuem um efectivo sistema organizado, e também um mecanismo de reconhecimento, para comparar a presente situação com padrões na memória e identificar semelhanças entre eles. Então, numa questão de segundos, exemplares e protótipos podem ser acedidos na memória e as acções empreendidas.

Citando os autores de referência para este modelo, O'Neil & Dluhy (1997) explicam que o raciocínio do enfermeiro experiente ocorre através de um contínuo analítico-intuitivo. Nesta fase, o raciocínio é contingente, dependente da natureza do problema e do conhecimento do enfermeiro em relação a ele. Se o enfermeiro tiver uma representação mental do problema, o raciocínio intuitivo irá predominar. Se não, o enfermeiro experiente reverterá para o modo de pensamento analítico.

Por seu lado, King & Clark (2002), num estudo envolvendo 61 enfermeiros de serviços de cirurgia e de cuidados intensivos, com o objectivo de explorar os níveis de perícia clínica durante a avaliação inicial (colheita de dados) de utentes regressados de uma grande cirurgia, identificaram quatro indicadores de perícia que emergiram dos dados e diferenciaram quatro níveis incrementais no conhecimento e nas habilidades dos enfermeiros ao longo de um contínuo de desenvolvimento de competências na enfermagem. Segundo referem, os quatro níveis foram designados de principiante avançado, competente, proficiente e perito, os quais passamos a descrever.

Para King & Clark (2002) e no que concerne o principiante avançado, o pensamento dos enfermeiros neste nível focaliza-se na realização de actividades de rotina e na monitorização dos parâmetros clínicos requeridos para os cuidados ao utente no pós-operatório. Contudo, durante esta actividade, os enfermeiros experienciam sentimentos intuitivos vagos de dificuldade, ou de felicidade (alegria / satisfação) acerca do estado do utente, denotando insegurança sobre qual desses sentimentos são significativos ou no modo como lhes responder. Segundo referem as

autoras, estes sentimentos intuitivos negativos, particularmente, fazem com que os enfermeiros se sintam ansiosos e nervosos em relação aos utentes que estão ao seu cuidado.

Neste nível, os enfermeiros são capazes de tomar decisões simples relativamente aos sinais vitais que estão fora dos parâmetros definidos pelos colegas ou médicos. Contudo, o seu limitado conhecimento teórico e a sua limitada experiência, proporcionam-lhes uma base insuficiente para identificar e interpretar a importância de sinais clínicos subtis de condições físicas ou psicológicas que os utentes apresentem.

De acordo com King & Clark (2002), os enfermeiros principiantes não se esforçam para fazer uma apreciação e um julgamento acerca do estado dos utentes como resposta aos seus sentimentos. Em lugar disso, mantêm o utente sob vigilância através da reavaliação de sinais vitais e observações clínicas especificadas nos protocolos e parâmetros dos cuidados pós-operatórios. Caso estes ultrapassem os limites estipulados, comunicam-nos a um colega ou a um médico.

Os enfermeiros neste nível sentem-se muito ansiosos, nervosos e incertos acerca de como reportar os seus sentimentos a outros colegas ou médicos, caso encontrem mudanças nos sinais vitais dos utentes. O medo de serem considerados menos capazes torna-os relutantes no envolvimento com os outros e na partilha de sentimentos acerca do estado dos utentes.

Ao nível de competente, os enfermeiros ainda se ocupam, de modo consciente, com as rotinas de cuidados pós-operatórios, mas sem darem tanta ênfase, como acontece nos principiantes.

Demonstram habilidade para analisar relações mais complexas entre sinais clínicos salientes e mudanças no estado fisiológico. Apresentam igualmente experiências de sentimentos intuitivos. Estes enfermeiros sugerem que o aprofundamento do conhecimento teórico, a aprendizagem através de múltiplas experiências passadas e o incremento da compreensão dos sinais clínicos, no contexto das situações dos utentes, estavam de algum modo relacionados com os seus sentimentos intuitivos.

Os enfermeiros, neste patamar, experienciam um aumento da confiança na decisão, sobretudo quando a situação do utente lhes é familiar e bem compreendida. As etapas analíticas do seu processo de decisão são acompanhadas por sentimentos

intuitivos, interpretados como sendo baseados no incremento da compreensão dos sinais clínicos relevantes e por vezes subtis, encontrados na situação do utente.

As respostas dos enfermeiros aos seus sentimentos estão interrelacionadas com a habilidade para interpretar a informação clínica para um julgamento acertado acerca do estado do utente. Eles sentem-se capazes de reconhecer e gerir as mudanças no estado do utente de modo mais efectivo e competente (*skilful*) do que os principiantes. Respondem aos sentimentos intuitivos com uma procura analítica mais precisa. O aumento do conhecimento reforça a identificação de sinais clínicos observáveis, sugestivos de agravamento da situação. Tentam contemplar mentalmente o provável progresso do utente como resultado dessas mudanças.

A experiência anterior de cuidar de utentes propicia a estes enfermeiros uma maior confiança nas suas habilidades para detectar intuitivamente mudanças nos estádios dos seus actuais utentes. Como resultado, procuram mais frequentemente os colegas mais antigos e os médicos do que os principiantes, para validarem as suas preocupações. Perdem a confiança nos colegas de equipa que subvalorizam as suas preocupações.

No nível de proficiente, os enfermeiros, assim que olham para o doente, descrevem sentimentos intuitivos imediatos que lhe proporcionam uma rápida apreensão do estado geral de cada utente e direccionam a sua recolha de dados (apreciação) para mais sinais ou sintomas relevantes, verbais, não verbais e fisiológicos.

Estes enfermeiros percebem que o conhecimento, a observação e a experiência sustentam o seu reconhecimento intuitivo acerca da relevância e significância dos sinais clínicos negativos subtis dos utentes. Contudo, sentem dificuldade em explicar como aqueles elementos subjazem os seus reconhecimentos intuitivos sobre os estados dos utentes. Por vezes, estes enfermeiros descrevem situações em que possuem um sentido intuitivo do potencial para a recuperação do utente sem problemas.

O reconhecimento intuitivo de preocupação provoca nos enfermeiros a tomada de consciência (*conscious awareness*), os quais empreendem uma abordagem analítica para decidir o que está a ocorrer na situação do utente. Utilizam o conhecimento anterior, a experiência, os parâmetros dos sinais clínicos e a crescente compreensão do estado físico actual do utente para, em resposta, empreenderem as suas acções.

Segundo King & Clark (2002), é no nível proficiente que os enfermeiros são capazes de, conscientemente, saírem das actividades para, literalmente, esperarem e considerarem o estado do utente no contexto da situação actual e da sua história de saúde. Uma abordagem analítica é tomada, assim que os enfermeiros consideram e interpretam os padrões clínicos dos utentes.

Nestes casos, os enfermeiros sentem-se fortes e tornam-se persistentes, tendo como objectivo persuadir outros profissionais de saúde a ajudá-los a identificar a etiologia da situação de cuidados ou a iniciar mudanças no tratamento. Independentemente da resposta daqueles, os enfermeiros seguem os seus sentimentos intuitivos de preocupação com os utentes e são capazes de, serenamente, preparar a restante equipa, o equipamento e a área para o caso de o utente necessitar de um intervenção rápida.

Por último, os enfermeiros peritos são rápidos e confiantes nos seus processos de decisão clínica e percebem a urgência das suas respostas intuitivas como sendo baseadas no reconhecimento inconsciente de mudanças muito subtis no utente.

Os seus sentimentos intuitivos proporcionam o ímpeto para uma procura analítica rápida de evidência clínica concreta, anterior à deterioração do estado do utente. Em situações de incerteza, estes enfermeiros param e consideram as tendências evolutivas da complexa situação do utente. Os cenários do utente são contemplados à luz dos conhecimentos teóricos e experienciais dos enfermeiros em idênticas situações. Respondem analiticamente às suas preocupações intuitivas, procurando evidência concreta e mensurável das suas suspeições na sintomatologia clínica do utente.

Para as referidas autoras, o enfermeiro perito aprende com episódios similares anteriores nos quais sentimentos intuitivos se apresentam antes da deterioração do estado do utente. Estes profissionais respondem a tais sentimentos com maior confiança que é resultante de experiências passadas.

Segundo referem, situações de cuidados semelhantes a utentes evocam os mesmos sentimentos intuitivos nestes enfermeiros, que relembram memórias vividas de experiências passadas similares, acções tomadas e resultados obtidos, respondendo com rapidez e precisão. A velocidade dos seus julgamentos e a detecção de sinais salientes são valorizados, respeitados e atendidos rapidamente pelos outros enfermeiros ou restante equipa.



As autoras deste estudo referem ainda que os quatro níveis anteriormente referidos, foram assim designados dado o reconhecimento destes mesmos quatro níveis de competência em Benner (1982, 1984) e Benner e colegas (1992 e 1994), que desenvolvemos quando referimos o estudo sobre a decisão clínica de enfermagem em principiantes e experientes de Jesus (1999).

Pelo exposto, podemos concluir que parece ser consensual a existência de algumas diferenças no modo como os enfermeiros experientes ou peritos tomam as decisões ou resolvem os problemas de natureza clínica no seu quotidiano profissional, quando comparados com os principiantes. Contudo, como constatámos, alguns trabalhos realizados neste domínio demonstram por vezes resultados contraditórios.

De facto, como nos salientam Paul & Heaslip, (1995), a perícia na enfermagem existe quando os enfermeiros desenvolveram a habilidade para usar o conhecimento de enfermagem apropriado e os juízos competentes na prestação de cuidados aos utentes, habilidade esta que requer que o enfermeiro considerado perito tenha não só conhecimentos abstractos, mas também que tenha desenvolvido a capacidade intelectual para contextualizar e ajustar o que ele sabe aos casos particulares.

Além disso, e como vimos, estudos recentes demonstram a existência de características do desempenho experiente ou perito entre principiantes (Jesus, 1999; Priest, 1999; Offredy, 2002; King & Clark, 2002), dos quais a intuição constitui um dos exemplos mais referidos.

#### **2.4.2. INTUIÇÃO E DECISÃO**

Tal como a experiência, e na maior parte das vezes com ela relacionada, a intuição tem constituído um aspecto frequentemente explorado no âmbito dos factores que influenciam a decisão, sobretudo em estudos que visam a comparação entre principiantes e experientes ou peritos. Por isso, neste subcapítulo, aprofundaremos um pouco mais a relação entre estes dois conceitos.

As questões que actualmente se colocam acerca do papel da intuição no processo de decisão clínica em geral e de enfermagem em particular, têm sobretudo a ver com uma certa indefinição do conceito de intuição e as questões de natureza ética ou legal que as decisões nela baseadas ainda se colocam.

De facto, os trabalhos de Damásio (1995, 2000, 2003) e da sua equipa (Bechara *et al.*, 1996) na exploração do funcionamento do cérebro humano vieram confirmar muitos dos aspectos de que já se tinha conhecimento, mas que eram alvo de críticas de vária natureza, particularmente, no que se refere ao carácter pouco científico da intuição.

Todavia, actualmente, na enfermagem, tal como noutras disciplinas, o debate à volta do papel e importância da intuição no processo de tomada de decisão é cada vez maior, envolvendo um número crescente de investigadores (Benner, 1984; Benner *et al.*, 1996; Easen & Wilcockson, 1996; Thompson, 1999; Hansten & Washburn, 2000; Efken, 2001; King & Clark, 2002) e um vasto conjunto de outros profissionais.

No que se refere à terminologia utilizada, Easen & Wilcockson (1996) referem que a intuição tem sido designada de diversos modos, sugerindo que as diferenças entre os vários termos são apenas subtis. Apresentam como exemplos “*gut feeling*”, “*crazy hunch*”, “*perceptual awareness*”, “*pattern recognition*”, “*know how*”, “*tacit knowledge*” e “*implicit knowledge*”.

No entanto, para Easen & Wilcockson (1996), um dos elementos fundamentais da intuição é a habilidade para o reconhecimento de padrões na apresentação do problema. Segundo eles, o reconhecimento de padrões é induzido pelas experiências de decisões anteriores, sendo por isso a experiência essencial para a ligação de eventos passados com o presente. Deste modo, embebido no desempenho da pessoa que intui está implícito o pensamento e o uso do *know how* dos profissionais. Ainda de acordo com estes autores, tais factores são cruciais para o processo de decisão intuitiva; com o passar do tempo, parte deste conhecimento torna-se tácito e, conseqüentemente, é difícil de descrever pela pessoa que intui.

Por seu lado, King & Appleton (1997) partilham o conceito de intuição proposto por Benner (1984) e Benner *et al.* (1996) e referem que o aspecto mais relevante do

trabalho que conduziu ao modelo de aquisição de competências de Benner foi o movimento do pensamento analítico para a decisão intuitiva, a qual parece, segundo os autores, uma característica do perito. De facto, como referem Benner *et al.* (1996), a prática perita é caracterizada por um incremento de ligações entre a observação dos aspectos salientes na situação e as formas de lhes responder. A intuição do perito permite-lhe focalizar a mudança numa ênfase na identificação de problemas para a consideração das acções que são necessárias na situação do doente.

Tendo como referência a definição de Guerrity (1987) de *sensing*, informação recebida pelos cinco sentidos durante uma determinada experiência, King & Appleton (1997) afirmam que a intuição é a percepção súbita dum padrão, numa série de eventos aparentemente não relacionados e que estão para além do que é visível pelos sentidos. Nesta conformidade, referem os resultados do estudo por eles efectuado, em que 56% dos enfermeiros valorizam o “sentir” como o seu modo de percepção das situações.

Acerca do conceito de intuição, tal como este é entendido pelos enfermeiros, Hansten & Washburn (2000) salientam que das suas experiências como consultores de enfermagem, puderam concluir que os enfermeiros referem que a intuição é um conceito baseado na experiência, no conhecimento acumulado, porém, nem sempre suportado pela evidência lógica. Segundo referem, geralmente, os enfermeiros dizem que o *feeling* provém do *gut*, isto é, o conhecimento instintivo é sentido e não pensado, o que de algum modo estará em consonância com a definição mais básica de intuição sugerida por Paul & Heaslip (1995): a apreensão imediata de que estamos perante algo, sem utilização do raciocínio consciente.

Hansten & Washburn (2000) avisam, no entanto, que o conceito de intuição pode variar de grupo para grupo. Por exemplo, referem que o grupo de enfermeiros gestores apresentam um conceito de natureza mais vasta, de maior profundidade, que não emerge imediatamente da perspectiva clínica. Os seus comentários sobre a intuição incluem a ideia de que esta é uma percepção (*insight*) individual tornada visível, uma habilidade para discernir a situação sem qualquer evidência física, apesar da decisão para a acção ser tomada, e um processo que envolve a oportunidade para que sentimentos interiores se relacionem com eventos exteriores.

Ainda acerca do conceito de intuição, Effken (2001) defende que este não deve ser apenas focalizado nos processos cognitivos dos peritos, mas igualmente na informação fornecida pelo utente e no contexto dos cuidados.

Para a autora, esta perspectiva apresenta e justifica algumas implicações para a enfermagem. Como refere, através da investigação das fontes de informação, ou seja, de variáveis de ordem superior ou constrangimentos, durante o contacto entre o enfermeiro e o utente, o fenómeno da intuição poderá ser melhor desvendado e talvez simplificado.

Effken (2001) refere que aquilo que os enfermeiros investigadores têm designado de “intuição” equivale ao que Gibson (1996) chamou de percepção (captação) directa, considerando a intuição como sendo baseada na informação e, por isso, revestindo-se de validade legal.

A autora refere ainda que, apesar de alguns aspectos da intuição poderem estar fortemente interligados através da evolução, a intuição, como percepção directa, poderá ser desenvolvida através da educação e expandida através de exemplos da prática.

Para Effken (2001), à luz da teoria da psicologia ecológica de Gibson, a intuição caracteriza-se como uma percepção directa, sendo, por isso, um fenómeno que poderá ser observado, medido, ensinado e, por conseguinte, uma parte legítima da enfermagem, como ciência ou como arte.

Alguns autores, porém, apresentam uma opinião contrária (English, 1993; Cash, 1995; Henri, 1995; Marks-Maran, 1999).

Como referimos, foi sobretudo a partir do trabalho de Benner (1984) que o papel da intuição no processo de tomada de decisão na enfermagem passou a constituir um tema de investigação e debate relativamente frequente.

Os resultados deste trabalho têm vindo a ser confirmados por diversos autores e pela própria Benner e colegas (1996), dos quais se destacam Roberts *et al.* (1995), Henry (1995), Easen & Wilcockson (1996), King & Appleton (1997) e outros referidos por Jesus (1999).

Actualmente, está praticamente assente que a intuição desempenha um papel importante no processo de decisão em geral e de decisão clínica de enfermagem, em particular, sobretudo em pessoas experientes. Começa igualmente a tornar-se mais evidente que a intuição não constitui uma componente exclusiva dos enfermeiros experientes ou peritos, embora seja esta uma das suas características mais salientes.

Entre os autores que demonstram ou concordam com a sua importância encontram-se Benner (1984, 2003), Benner *et al.* (1996), Girot (1993), Easen & Wilcockson (1996), Rolfe (1997), Offredy (1998), Lamond (1999), Lamond & Thompson (2000), Efken (2001), Kim & Clark (2002) e Thompson (2003).

Igualmente, outros comungam da opinião de que o raciocínio analítico coexiste com o intuitivo, tudo dependendo da natureza e complexidade da actividade, bem como de características inerentes ao próprio decisor (Girot, 1993, 2000; Paul & Heaslip, 1995; O'Neil & Dluhy, 1997; King & Appleton, 1997; Ofredy, 1998, 2002; Priest, 1999; Rolfe, 1999; Thompson, 1999, 2000, 2002; Hallett *et al.*, 2000; Lamond & Thompson, 2000; Lauri *et al.*, 2001; Effken, 2001; King & Clark, 2002; Takemura & Kanda, 2003).

Por exemplo, Girot (1993 e 2000) afirma que o conhecimento intuitivo e o raciocínio analítico não estão em posição de “ou um ou outro”, podendo e devendo estes funcionarem em conjunto. A autora adianta-nos ainda que talvez uma forma de conjugação de ambos seja através de uma prática reflexiva e crítica.

Por seu lado, Paul & Heaslip (1995) referem que os enfermeiros peritos não apenas têm intuições sonantes como também desenvolvem elevadas capacidades de uso do pensamento para se focalizarem naquilo que é crítico e problemático. Podem pensar as situações de modo a identificar onde é que a intuição e a ignorância se interceptam. Relacionando o pensamento crítico com a intuição, estes autores referem que enquanto que o preconceito é contrário ao pensamento crítico, o pensamento crítico não é contrário à intuição. Para estes autores, a intuição requer o pensamento crítico tal como o pensamento crítico requer a intuição.

Igualmente, King & Appleton (1997), ao efectuarem uma extensa revisão dos estudos sobre intuição, chegaram à conclusão de que a intuição estava presente nos enfermeiros de diferentes níveis de competência, referindo estudos recentes que

apontam para que a intuição não parece constituir apenas uma habilidade dos profissionais peritos.

Baseando-se no trabalho de Polge (1995), referem que o uso da intuição nos juízos clínicos aumenta quer com o nível de perícia quer com os anos de experiência. Contudo, alertam, existindo um substancial incremento no uso da intuição ao nível do perito em comparação com outros níveis de experiência, anos de experiência não estão correlacionados com nível de perícia.

King & Appleton (1997) concluem, por isso, que, na era da prática baseada na evidência, os enfermeiros jamais podem ignorar o crescente corpo de pesquisa empírica que lhes impõe o reconhecimento do papel da intuição e a sua utilização efectiva na prática clínica. Em sua opinião, deverá ser reconhecido que a intuição ocorre em resposta ao conhecimento, constituindo esta um suporte para as acções de enfermagem.

Estes autores alertam-nos ainda para o facto de que, se a intuição continuar a ser ignorada, isto poderá constituir um risco para a profissão de enfermagem, ficando os enfermeiros entrincheirados em procedimentos estandardizados e rotinas de cuidados, com poucas oportunidades para o desenvolvimento do juízo clínico competente.

Da mesma opinião partilham Brooks & Thomas (1997), quando referem que numerosos estudos qualitativos têm sido desenvolvidos sobre a intuição em vários grupos de enfermeiros, os quais proporcionaram a proliferação de informação acerca das características da intuição numa perspectiva intrapessoal. Tais estudos, contudo, são ainda de algum modo interpessoais, porque focam a intuição em relação à especialidade ou ao nível de preparação do enfermeiro (exemplo: cuidados intensivos, principiante, especialista - *advanced practitioner*) em vez de considerarem o indivíduo como uma pessoa integral, e encararem a intuição como sendo uma forma particular de decisão em vez de um processo que se desenrola no interior da pessoa.

Segundo referem, na maior parte dos estudos sobre intuição, o tema emergente é o da experiência. Ao contrário de Benner (1984), Benner *et al.* (1996), O'Neil & Dluhy (1997) e King & Clark (2002), que referem a intuição como sendo função da experiência, distinguindo os principiantes dos peritos, o estudo de Brooks & Thomas (1997) evidenciou que esta também ocorre em estudantes de enfermagem, tendo a

experiência sido identificada como a característica intrapessoal que mais contribuiu para a intuição. Segundo as autoras, a experiência é uma característica intrapessoal do *self*, tanto do estudante de enfermagem como do enfermeiro.

Brooks & Thomas (1997) concluíram que o modelo BTIPA (apresentado no subcapítulo 1.2) constitui o fundamento através do qual a intuição pode ser examinada dentro do processo de decisão intrapessoal. Com base no estudo que realizaram, puderam ainda constatar que a intuição constitui um processo intrapessoal muito útil na educação, sobretudo quando é vista como um processo de percepção intrapessoal consciente dentro do todo da pessoa. Segundo referem, o modelo BITPA proporciona a estrutura que permite que a intuição possa ser incluída no processo educativo, através do desenvolvimento da pessoa como um todo.

Igualmente, Offredy (1998), num estudo com vinte enfermeiros dos cuidados de saúde primários, utilizando a técnica de verbalização retrospectiva do pensamento e a observação participante, concluiu que os mesmos utilizavam uma abordagem eclética no processo de decisão, com aplicação de modelos distintos - hipotético-dedutivo, análise da decisão, reconhecimento de padrões e intuição -, sendo sobretudo os peritos que utilizavam a intuição e o reconhecimento de padrões, enquanto que os principiantes utilizavam mais a formulação de hipóteses. Contudo, sendo este estudo realizado no âmbito das funções de uma especialidade de enfermagem não existente em Portugal (*Nurse Practitioner*), estes resultados deverão ser interpretados com algum cuidado.

Em Portugal, Jesus (1999), no seu estudo sobre a decisão clínica em enfermeiros principiantes e experientes também verificou a existência de estratégias cognitivas semelhantes entre os dois grupos, incluindo a intuição.

Por seu lado, Lamond (1999) e Lamond & Thompson (2000) salientam que, não obstante as limitações do conhecimento intuitivo, este pode ser útil no processo de decisão. Salientam contudo a importância de se introduzirem abordagens mais analíticas no processo de decisão além da intuição, para que a informação utilizada de

modo explícito seja conhecida e permita uma mais completa explicação das escolhas (decisões) e a sua relação com os resultados.

Os autores referem-se ainda às questões éticas e legais que se poderão colocar ao admitir-se a tomada de decisões sem que seja possível uma explicação fundamentada, isto partindo dos conceitos de intuição mais referidos.

Mais recentemente, Kim & Clark (2002) afirmam que a intuição parece tornar-se um aspecto cada vez mais importante no processo de tomada de decisão dos enfermeiros. Segundo referem, esta parece actuar como um trampolim, induzindo o processo analítico que envolve o enfermeiro na procura consciente de aquisição de dados que irão confirmar a sensação de mudança no estado do doente. Este processo, afirma, depende da habilidade do enfermeiro para compreender a situação clínica do utente, tornando-se assim cada vez mais aparente ao longo dos diferentes níveis de competência.

Segundo estas autoras, a diferença entre o principiante e o perito parece estar mais na habilidade do perito para utilizar a intuição de modo mais competente (*skilfully*) e efectivo, do que da sua presença ou ausência.

Conforme referem, foi a profundidade do conhecimento experiencial do perito que induziu a utilização da intuição no julgamento tão competente. Deste modo, à medida que o conhecimento e a experiência aumentam, aumenta igualmente a habilidade do enfermeiro para reconhecer os sentimentos intuitivos, interpretar e analisar as situações dos utentes para melhorarem os seus processos de decisão e, conseqüentemente, actuarem de modo mais efectivo.

De acordo com King & Clark (2002), o enfermeiro perito possui a habilidade mais elevada para se munir de elementos de decisão, tanto analíticos como intuitivos, o que lhe permite reconhecer rapidamente sinais clínicos relevantes, identificar as acções que são necessárias e os seus possíveis resultados, bem como ainda organizar, efectivamente, o envolvimento interdisciplinar nos cuidados ao utente.

Ainda em conformidade com Kim & Clark (2002), os elementos intuitivos e analíticos devem ser reconhecidos em qualquer modelo que procure descrever a verdadeira natureza do processo de tomada de decisão e o modo como eles



desenvolvem a perícia clínica, uma vez que a intuição informa e incrementa o pensamento lógico.

Assim, não obstante ser de algum modo consensual, entre a comunidade científica em geral e a de enfermagem em particular, que a intuição desempenha um papel de primordial importância no processo de decisão clínica, sobretudo nos profissionais mais experientes ou peritos e em situações de menor definição da situação, poucos estudos se têm debruçado sobre o papel da intuição nas etapas iniciais do processo de desenvolvimento de competências (King & Clark, 2002).

Na revisão da literatura efectuada por King & Clark (2002) relativamente aos estudos que evidenciam o papel da intuição nos principiantes, as autoras referem, por ordem cronológica: o estudo qualitativo de Orms & Maggs (1993), o qual evidenciou a presença da intuição e de *gut feelings* no processo de decisão em estudantes de enfermagem e enfermeiros recém formados; o estudo de Tabak *et al.* (1996), que produziu resultados similares, revelando a utilização tanto de processos analíticos como intuitivos em principiantes e peritos; o de Brooks & Thomas (1997), anteriormente referido, o qual demonstrou a presença da *intuitive awareness* em estudantes do curso de bacharelato em enfermagem; o de Sirkka *et al.* (1998), evidenciando a utilização da intuição e do processo sistemático em diferentes etapas do processo de decisão; e o de Kirwin (1999) que releva, igualmente, o papel da intuição nos enfermeiros recém formados.

No que se refere à sua presença nos diferentes estádios do desenvolvimento de competências, King & Clark (2002) referem, entre outros: o estudo de Logan & Boss (1993) que demonstrou a habilidade intuitiva nos dois primeiros níveis de desenvolvimento de competências de Benner; Polges (1995) que, através de um estudo quantitativo com cerca de 500 enfermeiros de cuidados intensivos, revelou o uso da intuição de modo crescente ao longo dos níveis de competência, de principiante a perito; e o estudo de Offredy (1998), anteriormente referido, o qual evidenciou que a intuição e o raciocínio hipotético-dedutivo eram utilizados em ambos os grupos, embora sendo os mais experientes os que utilizavam mais este processo.

Ultimamente, os fenómenos de perícia e de intuição no processo de decisão clínica de enfermagem estão a ser melhor compreendidos à luz da lógica da abdução (*fuzzy logic*), sobretudo em situações de incerteza e de imprecisão de que muitas vezes este processo se reveste (Rolfe, 1997; Cave, 1998, Jesus, 1999; Barbosa, 2003).

Pelo anteriormente exposto, podemos concluir que há alguma evidência da importância da intuição no processo de tomada de decisão clínica, apesar da existência de diferenças entre os enfermeiros com diferentes níveis de experiência e de perícia. Todavia, permanecem ainda algumas incertezas acerca destas diferenças, particularmente no que concerne a utilização de ambos os padrões, analítico e intuitivo, nos dois grupos.

No que aos factores susceptíveis de influenciar a decisão diz respeito, verificámos que os estudos nem sempre se referem ao contributo parcial dos diferentes factores, sobretudo no que se refere às características intrapessoais (especialmente às habilidades ou padrões cognitivos dos enfermeiros) e constatámos a existência, por vezes, de contradições nos resultados de alguns destes estudos ou nas opiniões dos seus autores.

Outros factores, porém, apesar de ainda pouco referidos na literatura, serão alvo de uma maior atenção pela importância de que se revestem no presente estudo. São eles o pensamento criativo e a inteligência emocional, de que falaremos mais em pormenor no subcapítulo seguinte. Neste incluiremos ainda o pensamento crítico, por ser outra variável independente do nosso estudo.

## **1.5. A DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM E HABILIDADES COGNITIVAS: PENSAMENTO CRÍTICO; PENSAMENTO CRIATIVO E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL**

O processo de decisão clínica de enfermagem pode ser influenciado por um conjunto de habilidades cognitivas e afectivas, das quais o pensamento crítico, o pensamento criativo e a inteligência emocional constituem elementos fundamentais.

Embora os estudos sobre estas variáveis as tenham, na maior parte das vezes, separado, começam a surgir evidências de que estas coexistem como um todo interrelacionado, havendo, por isso, uma necessidade crescente de as considerar no seu conjunto, sem prejuízo do seu estudo singular (Kataoka-Yahiro & Saylor, 1994; Damásio, 1995, 2000 e 2003; Maynard, 1996; Daly, 1998; Adams, 1999; May *et al.*, 1999; Hansten & Washburn, 2000; Scheffer & Rubenfeld, 2000; Hall, 2001; Kalischuck & Thorpe, 2002; Bolton, 2003; McAllister, 2003).

Neste subcapítulo, por uma questão de esquematização, iremos apresentar estas componentes de modo separado, fazendo necessariamente referência à sua interligação, sempre que se julgar oportuno.

Iniciaremos pelo pensamento crítico, para passarmos a abordar o pensamento criativo e, por fim, a inteligência emocional.

### **1.5.1. O PENSAMENTO CRÍTICO**

Entre os factores individuais susceptíveis de influenciar o processo de prestação de cuidados ou de decisão clínica de enfermagem, como referimos, a habilidade para pensar de forma crítica tem sido a mais estudada, o que, por conseguinte, releva a sua importância.

No entanto, alguns autores recomendam mais estudos nesta área e, particularmente, na relação entre o pensamento crítico e o processo de decisão clínica de enfermagem (Rossignol, 1997; Haffer *et al.*, 1998; Daly, 1998, 2001; Chenoweth, 1988; Duchscher, 1999; Walsh & Hardy, 1999; Tanner, 1999; Scheffer & Rubenfeld, 2000; Martin, 2002; Seymour *et al.*, 2003; Tiwari, 2003).

Não obstante a proliferação de estudos, a investigação sobre o pensamento crítico em geral continua a levantar algumas questões, sobretudo pelo facto de não existir, pelo menos até há bem pouco tempo, uma definição consensual (Pless & Clayton, 1993; Girot, 1995; Rane-Szostak, 1996; O'Neill & Dluhy, 1997; Rane-Szostak & Robertson, 1997; Pepa *et al.*, 1997; Daly, 1998, 2001; Duchscher, 1999; Adams, 1999; McCaethy *et al.*, 1999; May *et al.*, 1999; Adams *et al.*, 1999; Angel *et al.*, 2000; Yim

*et al.*, 2000; Clark & Holt, 2001; Rapps *et al.*, 2001, Seymour *et al.*, 2003; McGrath, 2003), entre outros.

Confrontada com esta realidade, em 1990, a Associação Americana de Filósofos (APA), chegou a um certo consenso, através do estudo Delphi, acerca do paradigma do pensador crítico ideal, o qual combina habilidades e predisposições.

Segundo a APA (1990), o pensador crítico ideal é habitualmente inquisitivo, confiante no raciocínio, bem informado, possui mente aberta, flexibilidade, sentido de justiça na avaliação (*fair-minded*), honestidade em lidar com inclinações pessoais, prudência na formulação de juízos, aceita a reconsideração, é claro acerca dos assuntos, metódico nas matérias complexas, diligente na procura de informação relevante, lógico na selecção de critérios, focalizado no questionamento / investigação e persistente na procura de resultados precisos, na medida em que o sujeito e as circunstâncias da investigação o permitem.

Por seu lado, Duchscher (1999) refere-se à definição do Conselho Nacional Canadiano para a excelência e o pensamento crítico, segundo o qual esta constitui um processo activo, habilidoso, intelectualmente disciplinado, de conceptualizar, aplicar, analisar e sintetizar, a informação colhida ou gerada pela observação, pela experiência, pela reflexão, pelo raciocínio ou pela comunicação, como guias para a acção.

Procedendo a uma retrospectiva sobre a importância do pensamento crítico, Daly (1998) refere-nos que esta tem vindo a ser debatida desde há cerca de 2400 anos, com Sócrates e o seu discípulo Platão e, mais recentemente, por Dewey (1916).

Segundo esta autora, as concepções iniciais do pensamento crítico reflectiam unicamente aptidões (*skills*) e a inerente lista de habilidades cognitivas, tais como interpretação, clarificação, dedução e inferência, nada garantindo acerca da sua aplicação prática por parte da pessoa que as possuía, configurando a possibilidade de o indivíduo poder ser considerado um bom pensador crítico, revelado pelos testes construídos para a avaliação daquelas habilidades, mas que raramente pense de forma crítica na prática.

Por oposição a esta abordagem, refere, surgem então os proponentes da perspectiva das habilidades conjugadas com a predisposição para o pensamento crítico, perspectiva esta que considera o pensamento crítico como sendo uma combinação de habilidades cognitivas discretas e características de disposições afectivas, que se fundamentam no desenvolvimento intelectual e moral, como cepticismo, perseverança, abertura mental e tolerância, entre outros.

No que se refere às componentes do pensamento crítico, Duchscher (1999) citando Brookfield (1987), refere quatro elementos chave que aparecem de modo persistente na literatura: identificar e desafiar pressupostos, considerada a componente central; a importância do contexto; a exploração e imaginação de alternativas (descoberta de novos modos de ver o mundo); e a reflexão com cepticismo.

De acordo com a autora, estas componentes não diferem substancialmente das habilidades identificadas por Watson & Glaser em 1964 e que se relacionam com as etapas do processo de enfermagem: definição do problema (avaliação inicial); selecção da informação pertinente para a sua resolução (planeamento); reconhecimento dos pressupostos (planeamento); formulação e selecção de hipóteses relevantes (diagnóstico de enfermagem); identificação de conclusões e validação dos juízos acerca das inferências (avaliação final).

Por seu lado, Smith (1987), referida por Maynard (1996), caracteriza as habilidades de pensamento em quatro componentes distintas: resolução de problemas, processo de tomada de decisão, pensamento criativo e pensamento crítico

De acordo com Snyder (1993), citado por Hansten & Washburn (2000), o pensamento crítico consiste na habilidade para resolver problemas através do dar sentido à informação, utilizando processos mentais criativos, intuitivos, lógicos e analíticos, sendo este um processo contínuo.

Como referem, os aspectos de criatividade, de análise lógica e analítica são explorados no contexto do processo de enfermagem de avaliação inicial, planeamento, intervenção e avaliação. A inclusão da intuição como um aspecto deste processo coloca um grande desafio na validação da sua efectividade.

Para a enfermagem, Kataoka-Yahiro & Saylor (1994) propuseram um conceito de pensamento crítico, definido como modo de pensamento reflexivo e lógico acerca dos problemas sem uma única solução e que se focaliza no decidir em que acreditar e no que fazer.

Igualmente nesta disciplina, May *et al.* (1999) efectuaram uma análise de algumas das definições de pensamento crítico encontradas na literatura, tendo chegado à conclusão de que este é um conceito multidimensional e complexo, que pode ser baseado no processo ou nos resultados e que envolve conhecimentos, atitudes, competências, disposições e aplicação de habilidades.

No estudo que realizaram, definiram o pensamento crítico como envolvendo o exame de ideias, inferências, assumpções, princípios, argumentos, conclusões, questões, declarações, valores, atitudes e acções como meios para tomar decisões relacionadas com a prática de enfermagem e proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade para indivíduos, famílias e comunidades (May *et al.*, 1999).

Neste mesmo sentido Seymour *et al.* (2003) referem que, não obstante as múltiplas definições, existe um certo consenso acerca de o pensamento crítico ser uma actividade intencional, envolvendo estratégias, como a resolução de problemas, embora salientem o perigo de limitar o pensamento crítico à estratégia de raciocínio, uma vez que outros factores contextuais e pessoais devem ser considerados.

Apesar do anteriormente referido, existem ainda autores que consideram que o construto pensamento crítico não está ainda compreendido nem sistematicamente aplicado (Katoaka-Yahiro & Saylor, 1994; Rane-Szostak, 1996; Adams, 1999; Daly, 1998, 2001; Seymour *et al.*, 2003)

Por exemplo, Rane-Szostak (1996) considera que não existe uma definição *standard* de pensamento crítico, porque o pensamento crítico é um processo complicado e intrincado, envolvendo capacidades de análise, de raciocínio, de decisão e de julgamento autónomo.

Daly (1998), por seu lado, afirma que o pensamento crítico difere conceptualmente de outras formas de pensamento porque é um pensamento intencional, isto é, ao contrário dos raciocínios automáticos que ocorrem nas actividades quotidianas repetidas, o pensamento crítico requer uma atenção selectiva para algo no sentido de se atingir um determinado objectivo.

A autora analisou algumas definições de pensamento crítico referidas na literatura nas quais se incluem a de Ennis (1985) "... pensamento lógico, reflexivo, que se concentra no que se acredita e se faz."; de Facione (1984) "... o desenvolvimento e avaliação de argumentos"; o de Alpern (1989) "pensamento que é intencional, lógico e dirigido para um objectivo"; e o de Watson & Glaser (1991) "... um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades (*skills*) que incluem: atitude interrogativa que envolve a habilidade para reconhecer a existência de problemas e a aceitação da necessidade de sustentar a evidência do que se declara em factos verídicos; conhecimento da natureza das abstracções válidas e generalizações nas quais os pesos e a ponderação dos diferentes tipos de evidência são determinados de modo lógico; habilidades na utilização das atitudes acima referidas e do conhecimento." (Daly, 1998, p.325).

Conforme refere, estas diferentes definições apresentam alguns aspectos comuns podendo o pensamento crítico ser facilmente associado com conhecimento, habilidades cognitivas, raciocínio complexo, argumentação, crenças, acção, identificação de problemas, evidência e antevisão de quadros de referências alternativos e possibilidades. Segundo a autora, estes elementos contribuem para uma interacção intencionalmente pensada entre um indivíduo e a informação recebida.

No entanto, Adams *et al.* (1999) persistem na afirmação de que não existe ainda uma definição clara de pensamento crítico na enfermagem devido ao carácter abstracto do conceito.

Também Rapps *et al.* (2001) referem que é complicado definir e até mesmo difícil medir pensamento crítico. Tal como Duchscher (1999), Angel *et al.* (2000), Profetto-McGrath (2003), as autoras partilham a opinião de que, particularmente na

enfermagem, não existem instrumentos específicos para o efeito, o que se torna de facto uma necessidade imperiosa.

Conforme refere Duchscher (1999), em algumas das definições existentes, tornam-se ainda evidentes as tradicionais componentes do processo de enfermagem e a ênfase na importância da experiência, da reflexão e da comunicação como guias operacionais para as intervenções de enfermagem, à semelhança das habilidades de pensamento crítico descritas por Watson & Gaser em 1964.

Por seu lado, Adams *et al.* (1999) citam uma definição de pensamento crítico de Wilkinson (1996) que enfatiza as habilidades cognitivas envolvidas no processo de pensamento: raciocínio intencional, orientado para um objectivo, que envolve um conjunto de habilidades mentais, tais como, determinar que dados são relevantes, avaliar a credibilidade das fontes e fazer inferências.

Para Daly (2001), a literatura existente sugere quatro constituintes fundamentais ou pré-requisitos do pensamento crítico: a base de conhecimentos, uma série de habilidades intelectuais, a tendência ou disposição para utilizar tanto o conhecimento como as habilidades para perscrutar e avaliar a informação, e uma série de *standards* intelectuais em relação aos quais o pensamento deve estar conforme. No entanto, refere, a questão da disposição para pensar de modo crítico é o constituinte mais recente.

Esta autora, baseando-se em Beyer (1985), para efeitos conceptuais e operacionais, propõe uma concepção de pensamento crítico formada por quatro componentes. Define-o como sendo autónomo, intencional, e lógico, permitindo ao indivíduo determinar a autenticidade, a precisão (*accuracy*), a consistência, a objectividade e o valor da informação, dos argumentos e das afirmações com base no conhecimento, evitando a aceitação indiscriminada de argumentos unilaterais (aspectos superficiais).

Conforme refere Daly (2001), o pensamento crítico assim definido envolve a aplicação ao processo de pensamento de uma série de habilidades cognitivas, tais como a análise, a inferência, a geração de alternativas e a avaliação (Daly, 1999),



disposições afectivas tais como o cepticismo, a tolerância à ambiguidade, a abertura a novas ideias - *open-mindedness* -, a resistência ao prematuro encerramento da discussão (Daly, 1999), a habilidade contextual (Daly, 1998) e *standards* intelectuais (Paul, 1995).

Idêntica perspectiva defendem Rapps *et al.* (2001) ao afirmarem que tanto a capacidade como a disposição parecem ser necessárias para o pensar de modo crítico.

Estes autores acrescentam ainda uma terceira variável considerada importante, embora pouco explorada na literatura, que é o desenvolvimento cognitivo. Para eles, a habilidade e a disposição constituem condições necessárias, mas não suficientes, para a compreensão total do como a pessoa pensa, julga, decide e actua de modo diligente e consciente.

Num trabalho semelhante ao da APA, Scheffer & Rubenfeld (2000) desenvolveram um estudo que teve como objectivo definir o pensamento crítico na enfermagem, utilizando a técnica de Delphi, no qual participaram peritos de oito países e 23 estados dos EUA, tendo sido identificados e definidos dez hábitos de pensamento - componente afectiva - e sete capacidades - componente cognitiva.

Com base neste estudo, as autoras referem que os hábitos de pensamento crítico, na enfermagem, incluem confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, espírito inquisitivo, integridade intelectual, intuição, espírito aberto, perseverança e reflexão.

As capacidades de pensamento crítico na enfermagem, por seu lado, envolvem a análise, a aplicação de *standards*, a discriminação, a procura de informação, o raciocínio lógico, a predição e a transformação do conhecimento.

Segundo referem, o estudo proporcionou um forte consenso entre enfermeiros peritos acerca da natureza do pensamento crítico na enfermagem, facultando tanto descrições da componente afectiva como da componente cognitiva, através das definições dos hábitos da mente e das capacidades dos pensadores críticos nesta disciplina.

Da comparação com os resultados dos estudos da APA (Facione, 1992), asseguram que os peritos consideraram que o pensamento crítico na enfermagem inclui mais dois elementos afectivos - a criatividade e a intuição.

Não obstante os múltiplos conceitos de pensamento crítico anteriormente referidos, a definição proposta por Watson e Glaser (1964) tem sido a mais utilizada no estudo do pensamento crítico em geral e na enfermagem em particular.

De facto, conforme refere Meynard (1996), a definição de Watson & Glaser é a mais prevalecente na literatura de investigação em enfermagem, opinião esta também partilhada por outros autores como Adams *et al.* (1999) e Profetto-McGrath (2003). May *et al.* (1999) consideram esta definição semelhante à defendida pela APA em 1990.

Nesta conformidade, Loo & Thorpe (1999), e tendo por referência Watson & Glaser (1964), asseguram que estes foram os pioneiros no desenvolvimento da conceptualização e mensuração do pensamento crítico. Após vários anos de testagem e revisão dos instrumentos, eles concluíram que o pensamento crítico poderia ser conceptualizado como um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades, definindo-o como: 1 - atitudes de inquirição que envolvem uma habilidade para reconhecer a existência de problemas e uma aceitação da necessidade geral para a evidência que suporte aquilo que é declarado como sendo verdadeiro; 2 - conhecimento da natureza das inferências válidas, abstractas e generalizações, nas quais o peso ou exactidão dos diferentes tipos de evidência são determinados pela lógica; as habilidades no emprego e utilização das atitudes e conhecimentos acima referidos.

Pelo anteriormente referido, podemos concluir que, apesar dos muitos esforços desenvolvidos no sentido da obtenção de uma definição consensual de pensamento crítico, a mesma continua a suscitar algumas questões, quer a nível geral, quer quando é aplicado à enfermagem, em particular.

No entanto, parece haver um maior consenso no que diz respeito à importância do pensamento crítico para a tomada de decisões clínicas.

## **A Importância do pensamento crítico para o processo de decisão clínica de enfermagem**

A importância do pensamento crítico na prática clínica de enfermagem, e por conseguinte no processo de decisão, tem sido documentada na literatura (Pardue, 1987; Jones & Brown, 1991; Miller, 1992; Jenks, 1993; Glen, 1995; Girot, 1995; Behrens, 1996; Facione & Facione, 1996; Meynard, 1996; Schumacher & Severson, 1996; Vaughan-Wrobel, 1997; Alfaro-LeFevre, 1997; Morin, 1997 e 1998; Fonteyn, 1998, Shin, 1998; Chenweth, 1998; Daly, 1998 e 2001; Duchscher, 1999; Adams *et al.*, 1999; McCarthy *et al.*, 1999; Angel *et al.*, 2000; Yim *et al.*, 2000; Rapps *et al.*, 2001; Martin, 2002; Seymour *et al.*, 2003; Profetto-McGrath, 20003, entre outros).

Para alguns destes autores, o pensamento crítico é valorizado de tal modo, que chegam mesmo a afirmar que as características que distinguem o enfermeiro são mais as habilidades cognitivas que as psicomotoras, constituindo por isso o pensamento crítico uma componente essencial da enfermagem actual e a chave para a resolução de problemas (Alfaro-LeFevre, 1997).

Para Woolley (1990), o pensamento crítico, reflexivo, constitui uma ferramenta essencial no processo de decisão dos enfermeiros. Igualmente para Paul & Heaslip (1995), os cuidados de enfermagem de qualidade são prestados por enfermeiros cujas decisões se revestem de pensamento crítico, sendo que uma boa prática é, por isso, intuitiva, pensada, autoconsciente e crítica.

Nesta conformidade, All & Havens (1997) referem que a necessidade dos enfermeiros pensarem de forma crítica nunca foi tão reforçada. Acerca do pensamento crítico e da resolução de problemas no quotidiano dos enfermeiros, pessoal e profissional, afirmam que o pensamento crítico facilita a utilização do processo de enfermagem. Por conseguinte, isto ajuda os enfermeiros a se tornarem mais autónomos e mais efectivos em todos os aspectos da vida e do trabalho e a melhorarem as suas decisões. Igualmente, Benner (1995) acredita que a capacidade de pensamento crítico é um requisito necessário a uma boa ciência. Como refere, para a enfermagem, como

jovem ciência, o desenvolvimento desta capacidade nos seus profissionais torna-se de primordial importância.

Igualmente para Glen (1995), o pensamento crítico é um conceito de ordem superior, ao qual a resolução de problemas e o processo de enfermagem estão submetidos.

Como anteriormente fizemos referência, para Alfaró-LeFevre (1997), o pensamento crítico é relevante para o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem. De acordo com esta autora, a enfermagem requer que os seus profissionais pensem criticamente durante o seu exercício profissional. Por seu lado, o pensamento crítico requer que se preste atenção ao como se pensa enquanto se prestam cuidados. Trata-se pois da necessidade de reflectir a prática profissional durante e após essa mesma prática. Ainda de acordo com a autora, uma parte essencial da tomada de decisões na enfermagem é a utilização do pensamento crítico, com a finalidade de reconhecer quando a situação que enfrentamos difere do padrão ou guia de orientação. De facto, sendo a enfermagem uma disciplina em relação à qual existe uma forte tendência de normalização e estabelecimento de regras de actuação, a necessidade de adequação das normas a cada situação concreta torna-se imperiosa.

Porém, O'Neill & Dluhy (1997) referem não estar ainda clara a influência do pensamento crítico no processo de tomada de decisão clínica de enfermagem.

No entanto, Meynard (1996), ao referir-se à relação entre o pensamento crítico e a decisão clínica, salienta que, na enfermagem, é comum equacionar-se o pensamento crítico com a solução de problemas, a análise de dados, o processo de tomada de decisão clínica ou julgamento e com o processo de enfermagem.

Semelhante opinião apresenta Adams (1999), ao referir que, na literatura, o pensamento crítico confunde-se muitas vezes com o processo de decisão, resolução de problemas, julgamento clínico, processo de enfermagem, entre outros.

Por seu lado, Daly (1998) afirma que as decisões na enfermagem necessitam de ser explicadas como sendo o resultado da negociação entre pontos de vista alternativos, linhas de raciocínio contraditórias e contingências situacionais (requerendo por isso habilidades de pensamento crítico). De acordo com a autora, o pensamento crítico poderá não culminar necessariamente na solução de problemas, mas numa melhor compreensão do problema em si mesmo e na necessidade de tolerância da ambiguidade.

Baseando-se em Dewey (1916), Daly (1998) refere que o pensamento surge a partir de uma situação de ambiguidade causadora de dilemas e requer a consideração de alternativas. Segundo a autora, Dewey sugere que o pensamento crítico é um subsistema do processo reflexivo, que envolve a avaliação inicial, o escrutínio e as conclusões, sendo que esta apreciação da informação e tomada de decisão contribui para a formulação do julgamento.

Para Daly (1998), a importância do pensamento crítico neste processo é a de que os problemas são sujeitos ao ceticismo saudável e à suspensão tempestiva do julgamento.

Esta autora, citando Paul (1991), enuncia algumas características que distinguem qualitativamente o bom raciocínio: é claro, preciso, específico, exacto, relevante, consistente, lógico, profundo, completo, significativo, justo e adequado ao objectivo.

Conforme salienta, actualmente, exige-se do enfermeiro um raciocínio clínico sem inclinações, holístico e autónomo, que toma em consideração variáveis individuais de natureza física, cognitiva, contextual e afectiva.

Citando Paul & Heslip (1995), Daly (1998) sustenta que um bom julgamento na enfermagem requer que o enfermeiro raciocine e utilize adequadamente o conhecimento de enfermagem, de modo ajustado ao contexto e ao caso único de cada utente.

Com base em Alfaro-LeFevre (1995) afirma que existe uma necessidade imperiosa de os enfermeiros serem bons pensadores críticos para poderem formular bons juízos clínicos, chegando mesmo a defini-los como o pensamento crítico na área clínica.

Conforme referimos, para Alfaro-LeFevre (1995) o pensamento crítico ajuda ao pensamento intencional dirigido para um objectivo, que se destina a formular juízos baseados na evidência factual e não conjuntural.

Igualmente para Daly (1998), o pensamento crítico torna-se crucial para compreender relações pessoais e antever modos alternativos de organizar a informação e de avaliar perspectivas pessoais. Segundo esta autora, uma questão ainda não respondida na literatura sobre o pensamento crítico é o de quanto esta habilidade é discreta ou está inerentemente relacionada com as habilidades ou disposições para pensar de modo crítico.

Por outro lado, de acordo com Chenoweth (1998), sob o ponto de vista dos utentes, a questão coloca-se no quanto os enfermeiros possuem a competência e a determinação para discriminarem e julgarem de modo apropriado, na dificuldade e, por vezes, em situações caóticas. Por isso, dos profissionais de enfermagem espera-se que actuem decisiva e correctamente, considerando não apenas a abordagem mais prática e científica, mas igualmente os aspectos morais e legais envolvidos.

Para a autora, o pensador crítico não apenas sabe quando e o que deve perguntar mas possui igualmente uma inclinação (disposição) para o fazer.

Em suma, citando Gale (1994), Chenoweth (1998) afirma que a complexidade dos actuais contextos requer que o enfermeiro seja flexível, adaptável, independente, reflexivo, curioso, imaginativo e possuidor de habilidades bem desenvolvidas de pensamento crítico e de resolução de problemas.

Numa revisão da literatura efectuada por Adams (1999), 19 dos 20 estudos seleccionados, incluíam a definição de pensamento crítico a qual sugeria que o termo era semelhante a resolução de problemas e processo de decisão.

A autora questiona, por isso, se o processo de tomada de decisão, o processo de resolução de problemas e o pensamento criativo serão similares ou componentes do pensamento crítico. E enfatiza a necessidade de um conceito de pensamento crítico consensual para a enfermagem.

De acordo com May *et al.* (1999), também os organismos profissionais de enfermagem, nacionais e internacionais, identificam as habilidades de pensamento crítico como sendo essenciais para a prática da enfermagem.

Segundo referem, embora os termos utilizados na literatura para a prática de enfermagem aceitável e efectiva sejam variáveis, no que se refere à competência clínica parecem convergir em alguns pontos, entre os quais destacam: serem requeridas habilidades cognitivas, psicomotoras e afectivas; a aquisição de competências ser um processo que se desenvolve através do conhecimento formal e experiência clínica; a competência constituir um *standard* aceitável da prática, embora não sendo considerado o nível mais elevado das competências; o processo de decisão e o pensamento crítico serem uma parte integral do processo (competência clínica); e, por fim, existirem modelos e instrumentos que possam ser utilizados para avaliar e medir a prática.

Neste mesmo sentido, Adams (1999) refere que as habilidades de resolução de problemas e de tomada de decisão clínica ajudam a desenvolver o pensamento crítico (um método para analisar e processar informação) e este, por sua vez, ajuda a desenvolver as competências necessárias à tomada de decisão. Como salienta, o desenvolvimento das habilidades para pensar de modo crítico promove um mais alargado menu de opções para analisar os problemas e tomar decisões.

McCarthy *et al.* (1999), por seu lado, afirmam que a literatura de enfermagem revela que o pensamento crítico tem sido relacionado com o julgamento reflexivo, o pensamento lógico, a resolução de problemas, o processo de enfermagem, a investigação, a tomada de decisão, o raciocínio diagnóstico, o julgamento terapêutico e o método científico.

Neste sentido, Adams *et al.* (1999) partilham a opinião de que o pensamento crítico é necessário para a disciplina de enfermagem, no exercício da qual os indivíduos se confrontam com a necessidade de tomar decisões quotidianas relacionadas com a vida e a morte de pessoas.

De acordo com Duchscher (1999), a literatura existente sobre o pensamento crítico é confusa na descrição do processo e ambígua nas relações entre o pensamento crítico e a linguagem utilizada para ilustrar o processo de enfermagem.

Para esta autora, o pensamento crítico é uma forma de aplicação do processo de inquirição e um método de apreciar, planear, implementar, avaliar e reconstituir os cuidados de enfermagem, correspondendo ao processo de tomada de decisão clínica. Segundo refere, a abordagem do pensamento crítico incentiva os enfermeiros a mudar a teoria e a prática estabelecida.

Por seu lado, Hansten & Washburn (1999) afirmam que, pensar acerca do modo como pensamos constitui uma parte do processo mental durante o julgamento clínico competente do perito.

Neste mesmo sentido, Daly (2001) refere que existe um certo consenso acerca da existência de relação entre a habilidade de pensamento crítico e a prática da enfermagem competente.

O mesmo se passando com Seymour *et al.* (2003) quando afirmam que a utilização dos resultados da investigação na prática requer não apenas o desenvolvimento de habilidades cognitivas de nível superior, mas também o reconhecimento das prioridades embebidas na prática, que podem conflitar com as da investigação, sendo que atributos tais como confiança e julgamento profissional influenciam no como os enfermeiros utilizam a investigação nas suas práticas.

Contudo, estas autoras referem que a transferibilidade das habilidades de pensamento crítico não se processam de um modo directo para a prática.

Igualmente, Rapps *et al.* (2003) são da opinião de que o processo de pensamento crítico é diferente do seu resultado, pois a pessoa pode ser capaz de raciocinar de forma crítica mas raramente utilizar esta habilidade em situações que requerem um pensamento cuidadoso e um julgamento correcto.

No que se refere a estudos realizados, e que versem a relação existente entre o pensamento crítico e o processo de tomada de decisão, não obstante as numerosas



opiniões expressas por diferentes autores, verificámos alguma escassez dos mesmos, sobretudo realizados na prática clínica.

Tal como referem May *et al.* (1999), a testagem da relação entre o pensamento crítico e a competência clínica é um imperativo, pela incipiente investigação existente nesta área, apesar da sua importância.

O mesmo salientam Miller (1992), Glen (1995), Alfaro-Lefevre (1997), Fonteyn (1998), ao referirem que o pensamento crítico é parte integrante do processo de decisão clínica na enfermagem, sendo que aquele vai para além do processo de enfermagem. No entanto, tal como May *et al.* (1999) e O'Neil & Dluhy (1997), adiantam que a relação entre o pensamento crítico e o raciocínio diagnóstico ainda não está suficientemente clara, havendo resultados contraditórios acerca da importância do pensamento crítico no processo de decisão.

Tais afirmações são por nós corroboradas pelo facto de termos encontrado poucos estudos nesta área. Todavia, entre os trabalhos consultados sobre a relação entre o pensamento crítico e o processo de decisão referiremos aqueles que consideramos serem de maior relevância para os objectivos da presente investigação.

Assim, dos estudos que evidenciam a relação entre o pensamento crítico (metacognição) e a resolução de problemas, salienta-se a investigação efectuada com crianças em idade escolar por Swanson (1990), cujos principais resultados indicam que o aumento da habilidade metacognitiva influencia positivamente o desempenho da resolução de problemas, e de que elevadas aptidões apenas são importantes no desempenho quando a habilidade metacognitiva é baixa.

Na enfermagem, Pardue (1987), num estudo sobre as diferenças na habilidade de pensamento crítico e a capacidade de tomada de decisão de 121 enfermeiros de programas de quatro diferentes níveis académicos, verificou que os enfermeiros com formação académica elevada possuem maior habilidade de pensamento crítico. Contudo, não se verificaram diferenças significativas entre os diversos níveis quanto à percepção de dificuldades e frequência na tomada de decisão.

Meynard (1996), por seu lado, elaborou um estudo com o objectivo principal de verificar a relação entre a habilidade de pensamento crítico, com aplicação do *Watson Glaser Critical Thinking Appraisal* (WGCTA), e a competência profissional, tendo verificado a não existência de relação entre aquela e o nível de competente, avaliado pelas escalas utilizadas na sua investigação.

Entre outros resultados semelhantes a estudos anteriores, a autora verificou a não existência de mudanças no pensamento crítico ao longo da experiência educativa. Pelo contrário, neste estudo, constatou a existência de modificações significativas no pensamento crítico após um período de experiência profissional, suportando deste modo o trabalho de Benner (1984), ou seja, o de que anos de experiência influenciam os estádios de competência.

Num outro estudo realizado por Behrens (1996) para verificar a relação entre o pensamento crítico e o rendimento académico dos alunos de enfermagem, a autora confirmou a existência de relação significativa entre os scores do WGCTA e os resultados escolares do Grade Point Average (GPA), não se verificando, contudo, mudança com a experiência de aprendizagem na enfermagem. O estudo demonstrou igualmente a existência de relação entre a idade cronológica, o pensamento crítico e o GPA (média do WGCTA = 48,9 e 51, nas idades superiores a 23 anos).

A resultados semelhantes chegaram Vaughan-Wrobel (1997) num estudo com estudantes do curso de bacharelato, com aplicação do mesmo instrumento (WGCTA), tendo obtido, porém, valores médios superiores (média do WGCTA = 56).

A autora questiona, por isso, se o WGCTA será sensível para estudantes do curso de licenciatura.

Num estudo qualitativo e com o objectivo de identificar e avaliar as percepções e experiências que os enfermeiros e docentes de enfermagem têm acerca do pensamento crítico na prática da enfermagem, Chenoweth (1998) chegou à conclusão de que ambos reconhecem os benefícios do pensamento crítico para a prática de enfermagem.

Conforme refere, sem as habilidades de reflexão, adaptação, resolução de problemas e tomada de decisão, os enfermeiros poderão ficar com menor preparação

para fazer face à complexidade e dinâmica dos cuidados de saúde. Até mesmo os enfermeiros experientes não serão capazes de mudar aspectos importantes das suas práticas para melhor, se não aprenderem a reflectir criticamente a sua prática, por vezes imbuída de rituais.

Ainda de acordo com Chenoweth (1998), o pensamento crítico ajuda os enfermeiros a resolverem os problemas para os quais não possuem uma solução imediata. Segundo refere, nos cuidados de saúde, o raciocínio deve focalizar-se precisamente em “fazer bem à primeira vez”.

Por seu lado, Shin (1998), ao medir a habilidade de pensamento crítico dos estudantes de enfermagem submetidos a diferentes programas formativos, concluiu que, não obstante os resultados não poderem ser generalizados, existia uma fraca mas significativa relação positiva entre a capacidade de decisão clínica e a habilidade global de pensamento crítico.

Para May *et al.* (1999), a relação entre a competência clínica e o pensamento crítico é ainda pouco clara, existindo dificuldades em comparar resultados de estudos devido à utilização de diferentes termos como por exemplo resolução de problemas, tomada de decisão, juízo clínico, ou outros.

Num estudo em que utilizaram o *California Critical Thinking Skills Teste* (CCTST) e o *California Critical Thinking Dispositions Inventory* (CCTDI) para identificar as relações entre o pensamento crítico e a competência clínica (equivalente a processo de tomada de decisão ou resolução de problemas), chegaram à conclusão de que, embora os participantes fossem capazes de pensar de modo crítico e possuissem boa competência clínica, não foi verificada a existência de relação significativa entre o pensamento crítico e a competência nos *scores* globais.

Concluíram por isso que, possivelmente, o pensamento crítico pode não emergir como um factor associado à competência clínica até que seja adquirida alguma experiência. Segundo referem, estes resultados foram semelhantes aos de Maynard (1996) no que diz respeito à ausência de mudança nos estudantes.

Também Adams (1999) efectuou uma revisão integrativa da literatura sobre o pensamento crítico na enfermagem tendo seleccionado 20 estudos de investigação publicados entre 1977 e 1995, 18 dos quais tinham utilizado o WGCTA como instrumento de medida, tendo verificado resultados mistos e contraditórios no que se refere ao desenvolvimento do pensamento crítico ao longo do processo educativo na enfermagem.

Neste mesmo sentido, Girot (2000) elaborou um estudo com um desenho *quasi-experimental* com o objectivo de avaliar a diferença entre o desenvolvimento do pensamento crítico - em três grupos de enfermeiros em diferentes etapas do processo académico e num grupo com experiência profissional que não estava a frequentar qualquer curso académico -, e a sua percepção da habilidade para tomar decisões nas suas práticas.

Os resultados permitiram rejeitar a hipótese de que as habilidades de pensamento crítico estão mais desenvolvidas nos enfermeiros com maior nível de formação académica, suportando a ideia de que, num contexto de ambiguidades e de incerteza característico da prática de enfermagem, a abordagem científica e racional verifica-se inadequada.

Aceitou porém a hipótese de que a exposição ao processo académico aumenta a habilidade para a tomada de decisão na prática clínica de enfermagem.

A autora, baseando-se nos resultados deste estudo, infere ainda que é a combinação da formação académica com a experiência que constitui a influência major no processo de tomada de decisão. No entanto, na avaliação do pensamento crítico através do WGCTA, apenas foi utilizada a subescala de inferência.

Como nos refere Daly (2001), da revisão da literatura que efectuou, podemos constatar a existência de uma certa evidência inconclusiva acerca dos efeitos do pensamento crítico e formular as seguintes conclusões: necessidade de forte suporte para tornar evidente o efeito positivo da educação em enfermagem na habilidade de pensamento crítico genérico; falta de suporte para estabelecer a relação entre o pensamento crítico e o sucesso na educação em enfermagem; e ausência de evidência

para suportar a correlação entre o pensamento crítico e o juízo clínico (ou tomada de decisão).

Por isso, partindo da evidência de que o impacto da educação no desenvolvimento do pensamento crítico era inconclusivo, e do facto de alguns autores referirem ser isso devido aos instrumentos de medida utilizados e à falta de instrumentos específicos para a enfermagem, desenvolveu um estudo com o objectivo de produzir um método alternativo para identificar o pensamento crítico no processo de raciocínio dos estudantes de enfermagem.

Recorrendo a um desenho longitudinal multimétodo, incorporando assim uma triangulação de métodos, e tendo como instrumentos de colheita de dados uma combinação do WGCTA (tradução do Reino Unido de 1991) com protocolos de verbalização do pensamento, simulação videogravada e uma estratégia de estimulação do pensamento retrospectivo (*stimulated recall strategy*), Daly (2001) verificou a não existência de diferenças significativas nos *scores* do WGCTA antes e depois do programa de ensino.

No que se refere aos dados obtidos através da verbalização do pensamento, constatou a existência de um raciocínio que reflecte uma epistemologia absolutista (*absolutist epistemology*) com incipiente evidência de raciocínio crítico.

Como refere, pensando a partir de uma epistemologia absolutista, o raciocínio clínico pode ficar empobrecido e, por conseguinte, a prática de enfermagem.

Nos casos de raciocínio mais complexo, verificou a existência de evidência sugestiva de que estratégias metacognitivas contribuíssem para o fenómeno.

A autora concluiu que o pensamento crítico é uma actividade complexa que requer uma educação apropriada, tempo e envolvimento pessoal.

Igualmente, Rapps *et al.* (2001) desenvolverem um estudo descritivo, correlativo, utilizando uma amostra de enfermeiros clínicos para examinar a influência de quatro variáveis (conhecimento de base, habilidades de pensamento crítico, disposição para o pensamento crítico e experiência) no desenvolvimento cognitivo do pensador crítico.

Entre as conclusões a que chegaram, salienta-se o facto de o conhecimento académico não constituir um preditor significativo do nível de desenvolvimento cognitivo. Conforme referem os autores, depois da graduação, o conhecimento

adquirido não é provavelmente utilizado no modo em que foi adquirido. Através da prática, este conhecimento é transformado em conhecimento experiencial, o que poderá de algum modo explicar o porquê de o conhecimento base não ser um preditor significativo para qualquer nível do desenvolvimento cognitivo neste estudo.

A disposição para o pensamento crítico foi um preditor significativo a três níveis de desenvolvimento cognitivo - dualismo, relativismo e compromisso -, enquanto que a habilidade de pensamento crítico foi apenas significativo ao nível do pensamento dualístico e não nos restantes.

Estes resultados sugerem, pois, que o desenvolvimento da habilidade de pensamento crítico requer tempo e experiência.

Por seu lado, Martin (2002), partindo do pressuposto de que o pensamento crítico é o processo utilizado pelos enfermeiros durante o processo de tomada de decisão clínica, desenvolveu um estudo descritivo e correlativo visando identificar as relações existentes entre o pensamento crítico, a tomada de decisão e a competência clínica de enfermagem, tendo para tal como suporte as teorias de Benner (1984) e de Paul (1992).

Utilizando uma amostra por conveniência de 149 estudantes de enfermagem e enfermeiros de vários níveis de competência, chegou à conclusão de que o pensamento crítico e a qualidade da tomada de decisão aumentam com o nível de competência clínica, a experiência, a idade e o *Grade Point Average* (GPA).

Tal como em alguns dos estudos anteriormente referidos, não foi verificada relação entre o pensamento crítico e o nível académico ou a idade, nos três níveis de competência estudados.

Mais recentemente, Tiwari *et al.* (2003), num estudo realizado com o objectivo de comparar as disposições para o pensamento crítico em estudantes de enfermagem Chineses e Australianos, as autoras concluíram pela existência de semelhanças e, simultaneamente, diferenças culturais neste processo.

Em Portugal, Silva (2000), num estudo exploratório para, entre outros, verificar as relações existentes entre a nota de acesso ao curso superior de enfermagem, a

capacidade de pensamento crítico e a disposição para a sua utilização, chegou à conclusão de que, não obstante a versão portuguesa do instrumento utilizado requerer melhor adaptação cultural, na amostra estudada, os *scores* obtidos no *California Critical Thinking Skills Teste* (CCTST) não variam significativamente nos grupos de alunos dos diferentes anos do curso.

Neste estudo, foi verificado ainda que a correlação entre a disposição para o pensamento crítico e a nota de acesso (equivalente ao GPA) foi mais forte nos grupos de alunos com notas de acesso mais baixas, ao contrário de alguns dos estudos anteriores, realizados em outros países.

Pelo anteriormente referido podemos concluir que, não obstante terem sido a maior parte dos trabalhos nesta área realizados em estudantes de enfermagem, embora alguns deles com experiência profissional, verificam-se alguns resultados contraditórios, particularmente no se que refere à relação entre os níveis académicos e a habilidade de pensamento crítico e entre esta e a qualidade ou o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem,

Alguns autores, tais como Maynard (1996), Duchscher (1999), Girot (2000), Rapps *et al.* (2001) e Profetto-McGrath (2003), questionam a sensibilidade, a validade e a especificidade dos instrumentos de medida utilizados, referindo a necessidade de utilização de instrumentos específicos para a enfermagem.

### **Instrumentos de medida**

A avaliação do pensamento crítico em geral e na disciplina de enfermagem, em particular, tem suscitado alguma controvérsia, a qual decorre não apenas do incipiente consenso existente em redor deste conceito, como também do facto de o mesmo se verificar muito complexo.

Tudo isto se agrava, no entanto, quando se pretende a sua aplicação aos contextos clínicos que, como referimos, são, na maior parte das vezes, muito difíceis, subtis e altamente dinâmicos.

Conforme referem Rapps *et al.* (2001), o pensamento crítico é complicado de definir e até mesmo difícil de medir. Para estes autores, na enfermagem, não existem instrumentos específicos, o que se torna, de facto, uma necessidade imperiosa. De semelhante opinião partilham Tanner (1996), Duchscher (1999), Angel *et al.* (2000), Girot (2000), Rapps *et al.* (2001) e Profetto-McGrath (2003), entre outros.

Por exemplo, Girot (2000) afirma que, devido à complexidade dos factores envolvidos no processo de pensamento crítico e de tomada de decisão na enfermagem, existe uma falta de testes válidos, fiáveis e disponíveis para medir ambos os processos.

Por seu lado, Rane-Szostak & Robertson (1997) sugerem que, para medir adequadamente o pensamento crítico temos de tomar em consideração a adequação das definições aos objectivos propostos e os instrumentos escolhidos devem possuir uma definição compatível.

No que se refere aos instrumentos utilizados, Meynard (1996), May *et al.* (1999) e Profetto-McGrath (2003) referem que o *Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal* (WGCTA) é, de entre os instrumentos disponíveis para medir o pensamento crítico, aquele que mais tem sido considerado pelos enfermeiros investigadores, apesar dos resultados equivocados.

No entanto, Meynard (1996), por exemplo, afirma que o WGCTA não apenas tem sido o instrumento mais utilizado, mas também é o mais viável para a avaliação do pensamento crítico, com vários estudos a demonstrarem a sua validade e fiabilidade. Levanta contudo algumas reticências quanto à sua utilização na enfermagem e recomenda a utilização de mais de um instrumento para a avaliação do pensamento crítico nesta disciplina.

Igualmente, Behrens (1996), num estudo com estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, verificou que o WGCTA constituiu um preditor pelo menos tão efectivo quanto outros, recomendando, no entanto, alguma reserva na sua avaliação de



longo prazo (desenvolvimento). Conforme salienta, nesta forma de avaliação, outras habilidades cognitivas, atitudes e conhecimentos são necessários.

Por seu lado, Girot (2000), apoiando-se na revisão da literatura sobre investigação no ensino de enfermagem efectuada por Hickman (1993), assegura que esta autora demonstrou a utilização quase exclusiva do instrumento WGCTA na avaliação do pensamento crítico.

Segundo refere, embora alguns autores sejam de opinião de que a definição de pensamento crítico proposta por Watson & Gaser (1964) é a mais adequada para a educação em enfermagem, pelo seu carácter prático, o instrumento em si (WGCTA) parece adequar-se melhor aos estudantes do que aos profissionais. Além disso, o teste destina-se à avaliação do desenvolvimento da habilidade cognitiva e não das actividades de resolução de problemas na prática.

No entanto, refere, a sua utilização tem sido muito grande, sobretudo nos USA e foi adaptado para utilização no Reino Unido em 1991.

Apesar da sua vasta utilização, Adams (1999) assegura que a revisão da literatura que efectuou não revelou resultados consistentes aquando da utilização do WGCTA para medir o pensamento crítico nos estudantes do curso de bacharelato em enfermagem, ao longo do curso.

Igualmente, Vaughan-Wrobel (1997) colocam algumas reticências acerca da qualidade deste instrumento para a enfermagem, pois consideram-no demasiado lógico e genérico e, partindo do princípio de que o pensamento crítico na enfermagem envolve mais que a solução de problemas, consideram que o WGCTA pode não ser a melhor medida do pensamento crítico nos estudantes de enfermagem, necessitando de instrumentos mais específicos.

Neste mesmo sentido, Adams *et al.* (1999) afirmam que o WGCTA não é o instrumento de escolha para a medição longitudinal das habilidades de pensamento crítico em estudantes do curso de bacharelato, recomendando outros instrumentos qualitativos e quantitativos, específicos para a enfermagem.

Além disso, advertem que, por se tratar de um instrumento para medir habilidades gerais, pode não reflectir este conceito na enfermagem em particular.

Em 1994, Watson & Glaser desenvolveram uma versão mais abreviada do WGCTA, a qual requer apenas 30 a 40 minutos para aplicação e cujas propriedades psicométricas foram parcialmente confirmadas por Loo & Thorpe (1999), requerendo porém maior aperfeiçoamento naquelas propriedades.

De facto, alguns autores têm colocado reticências acerca da validade e fidelidade dos instrumentos de medida das habilidades de pensamento crítico, como por exemplo Daly (1998 e 2001), Duchcher (1999), Adams *et al.* (1999), Angel *et al.* (2000), Rapps *et al.* (2001), Seymour *et al.* (2003).

De acordo com Rapps *et al.* (2001), a medida da habilidade de pensamento crítico de um indivíduo não é suficiente para julgar a efectividade da educação no que se refere ao número de enfermeiros que utilizam o pensamento crítico na sua prática. As disposições para a utilização do pensamento crítico poderão suportar a habilidade para desempenhar aquelas capacidades, ainda que o pensador possa manifestar um nível relativamente imaturo de desenvolvimento cognitivo. Ou seja, uma pessoa poderá obter pontuações elevadas nos testes de habilidades e disposições, mas não demonstrar a capacidade para transferir essas habilidades para o pensar de modo crítico relevante, actuar de forma lógica ou decidir adequadamente na sua prática clínica.

Novos instrumentos têm, contudo, sido desenvolvidos, tais como o *Califórnia Critical Thinking Skills Test* (CCTST) e o *Califórnia Critical Thinking Dispositions Inventory* (CCTDD), com níveis aceitáveis de validade e fiabilidade para avaliação do pensamento crítico (Profetto-McGrath, 2003), os quais são detalhadamente descritos por McCarthy (1999) e foram traduzidos para a Língua Portuguesa por Silva (2000).

Relativamente a tais instrumentos, May *et al.* (1999) referem que, até então, nenhuma publicação os tinha referido, por serem de utilização muito recente.

Da revisão da literatura que May *et al.* (1999) efectuaram, asseguram ter ficado claro que as medidas do pensamento crítico têm sido desenvolvidas com base em várias definições, sendo a mais utilizada na enfermagem a do WGCTA e não as do CCTCST e do CCTDI. Recomendam, por isso, mais investigação na compreensão da utilidade destes instrumentos apesar de os mesmos possuírem propriedades psicométricas aceitáveis.

Além disso, sugerem igualmente a utilização de triangulações, tais como observações e entrevistas, no estudo deste fenómeno.

Por seu lado, Daly (1998) refere um outro instrumento, o *Holistic Critical Thinking Scoring Rubric*, desenvolvido por Facione & Facione (1994), o qual apresenta uma escala ordinal de quatro pontos nas seguintes componentes: procura, interpretação e utilização da evidência; análise e construção de argumentos; tendência em relação à formulação de pontos de vista alternativos; e explanação e justificação de razões para a acção.

Conforme assegura, esta escala permite considerar o pensamento crítico como um construto tripartido que, em princípio, oferece não apenas os meios cognitivos e afectivos mas também uma avaliação útil do pensamento exteriorizado pelo indivíduo, reflectindo um composto de habilidades e disposições.

Igualmente, Martin (2002) utilizou um outro instrumento - *Elements of Thought Instrument* (ETI) - para avaliar o pensamento crítico, o qual é constituído por uma escala tipo Likert de três pontos, aplicada a um conjunto de 38 adjectivos que o pretendem descrever, tais como, claro, relevante, justificado e significativo, os quais constituem os *standards* intelectuais utilizados para definir os elementos do pensamento.

No entanto, recentemente, Daly (2001) alerta-nos para o facto de, actualmente, se assistir a uma prevalência das abordagens quantitativas padronizadas para medir o pensamento crítico na enfermagem, com ênfase na utilização do WGCTA, existindo uma escassez de estudos qualitativos que investiguem a evidência do pensamento crítico no domínio específico do processo de raciocínio e julgamento na enfermagem.

A autora defende a necessidade de realização de estudos que assentem não apenas nestes testes normalizados, mas também em métodos susceptíveis de captarem o raciocínio real dos estudantes e profissionais durante o processo de julgamento e de decisão.

Por isso, desenvolveu um estudo com o objectivo de produzir um método alternativo para identificar o pensamento crítico no processo de raciocínio dos estudantes de enfermagem, o qual incorpora uma combinação do WGCTA (tradução do Reino Unido de 1991) e os protocolos de verbalização do pensamento, simulação videogravada e uma estratégia de estimulação do pensamento retrospectivo, anteriormente referidos.

Neste mesmo sentido, Seymour *et al.* (2003) salientam que uma tarefa importante dos enfermeiros professores é considerar o como a aquisição das habilidades de pensamento crítico e a disposição para as utilizar nos contextos práticos podem ser ensinadas e avaliadas.

Contudo, apontam a necessidade de maior investigação na validade dos instrumentos para avaliação do pensamento crítico, opinião esta já emitida igualmente por Adams *et al.* (1997).

Alguns dos aspectos a considerar na selecção de um instrumento são, na opinião de Rane-Szostak & Robertson (1996), a validade, a fiabilidade, a adequação e a aplicabilidade.

Ou seja, conforme referem, antes de seleccionar um instrumento para medir as habilidades de pensamento crítico, alguns factores devem ser considerados: definição do pensamento crítico do instrumento, medidas referenciais (normas *versus* critérios), sensibilidade dos *scores* do teste ao desenvolvimento esperado, validade e fidelidade, adequação para o programa e exequibilidade em relação aos recursos.

Na opinião de Rane-Szostak & Robertson (1996), até existir uma definição *standard* de pensamento crítico e de instrumentos altamente apurados para medir os resultados do pensamento crítico na enfermagem, a selecção das técnicas será sempre um desafio, requerendo a cuidadosa consideração dos aspectos relacionados com a mensuração daquele conceito.

Ainda de acordo com Rane-Szostak & Robertson (1996), e resultante de uma análise da literatura que efectuaram, alguns instrumentos, como o WGCTA, são dependentes da definição de pensamento crítico de Watson & Glaser, aspecto este que foi tido em consideração no presente estudo.

Pelo anteriormente referido neste subcapítulo, o pensamento crítico na enfermagem afigura-se ainda um conceito que necessita ser melhor definido e investigado, através de, preferencialmente, instrumentos específicos da disciplina de enfermagem, bem como requer novas perspectivas de abordagem metodológica.

Foi ainda referida a sua interligação com o pensamento criativo, o qual passaremos a abordar.

### **1.5.2. O PENSAMENTO CRIATIVO**

Desde há muito que o pensamento criativo e a criatividade têm constituído uma preocupação de variadas disciplinas tais como a gestão, a psicologia, a medicina, a enfermagem, sendo que é na área da psicologia onde maiores desenvolvimentos se têm verificado (Fasnacht, 2003). Conforme refere Oliveira (1992), a intervenção de Guilford em 1950 na *American Psychological Association*, é no entanto aquela que tem sido considerada como um marco decisivo para a investigação sobre a criatividade.

De acordo com Fasnacht (2003), a psicologia tem abordado a criatividade sob diferentes teorias e perspectivas, isoladas ou, mais frequentemente, em conjunto. No que se refere à componente estudada, esta disciplina tem sido igualmente a que mais se tem preocupado com o processo, embora o resultado deste continue a servir de manifestação da existência do processo criativo.

Como anteriormente referimos, o pensamento crítico e a criatividade ou pensamento criativo parecem coexistir, surgindo na literatura como dois processos importantes e complementares em diferentes aspectos da actividade humana em geral e na decisão clínica em particular. Contudo, conforme salientam Kalischuk & Thorpe

(2002), o pensamento crítico tem merecido mais atenção na literatura do que o pensamento criativo.

De facto, alguns autores como (Pesut & Herman, 1998 e 1999; Chenoweth, 1998; Daly, 1998; Adams, 1999; May *et al.*, 1999; Le Storti *et al.*, 1999; Hansten & Washburn, 1999; Doane, 2002; Cohen, 2002; Edwards, 2003; Seymour *et al.*, 2003; McAllister, 2003; Fasnacht, 2003; Staib, 2003) consideram que o conceito, pensamento crítico, incorpora aspectos criativos e racionais. Alguns incluem até mesmo aspectos emocionais (Benner *et al.*, 1996; Morais, 1999; Le Vasser, 1999; De La Torre, 2000 e 2003; Csikszentmihalyi, 2000; McNichol, 2002; Bolton, 2003).

Por exemplo, Morais (1999) refere ter verificado na literatura uma proximidade entre a abordagem cognitiva da criatividade e outros registos explicativos tais como o apelo a processos primários de pensamento, a associação de informação, a noção de *insight*, ou até mesmo os valores, os interesses, as motivações e as emoções, que em conjunto com os aspectos cognitivos, configuram a singularidade da criatividade.

Le Vasseur (1999), por seu lado, refere a existência de relação entre a enfermagem, a arte e as emoções, salientando que, sem envolvimento emocional a arte nos cuidados de enfermagem não poderá acontecer.

Ainda relativamente à interligação entre o pensamento crítico e criativo, Pesut & Herman (1998 e 1999) encaram o raciocínio clínico na enfermagem como sendo reflexivo, concomitante, criativo e crítico, e Le Storti *et al.* (1999) consideram-nos formas complementares de pensamento, igualmente importantes.

Baseando-se nos resultados de um seu estudo, Chenoweth (1998) sugere que o conceito de pensamento crítico, para além de interligado ao pensamento criativo, requer a combinação de habilidades, atitudes, informação ou conhecimento que conduzem necessariamente a boas conclusões / decisões. Conforme salienta, o adjectivo “crítico” pretende representar os termos racional, claro, lógico e moral.

No entanto, de acordo com Daly (1998), o pensamento crítico difere do pensamento criativo porque a natureza do primeiro é fundamentalmente avaliativa, implicando uma actividade retrospectiva, pois tem de se confrontar com a informação antes de proceder à sua avaliação, enquanto que o segundo se afigura de natureza generativa, podendo partir-se do nada ou do quase nada.

Todavia, Daly (1998) salienta que estas duas formas de pensamento são convergentes no sentido de que as teorias e os quadros de referência necessários à resolução de problemas requerem alguma criatividade durante o processo de avaliação crítica.

Para a autora, estas duas formas de pensamento, quando combinadas, irão formar a base do ciclo do raciocínio crítico e criativo segundo o qual a informação serve de base ao pensamento crítico, que produz o reconhecimento da existência do problema e, por conseguinte, a consideração ou geração de alternativas que, por sua vez, alimentam o pensamento crítico e a formulação do julgamento.

Igualmente, Morais (1999) refere que os estudos que analisaram a criatividade, enquanto detentora de características cognitivas, particularmente na relação entre a criatividade e a inteligência (conceito psicométrico), indicam, por um lado, a presença da componente cognitiva na manifestação criativa, e ao mesmo tempo grande diversidade e alguma contradição nos resultados.

Porém, tal não parece acontecer relativamente aos estudos da criatividade à luz da teoria do processamento de informação, nos quais a realização criativa surge no âmbito global da resolução de problemas.

Todavia, Adams (1999) refere que grandes habilidades gerais de pensamento crítico não querem significar a existência dos hábitos que são necessários para a resolução das situações de enfermagem, as quais, na maior parte das vezes, apelam para soluções criativas.

Ainda no que se refere à relação entre o pensamento crítico e criativo, Le Storti *et al.* (1999) afirmam que o pensamento criativo reflecte o desenvolvimento de uma nova ideia ou objecto, enquanto que o pensamento crítico representa a avaliação do valor de uma ideia ou objecto.

Nesta perspectiva, Hansten & Washburn (1999) são de opinião de que o indivíduo, apoiado pela cultura organizacional e por iniciativas pessoais, pode cultivar a habilidade para pensar de forma crítica, formular juízos e resolver problemas com eficácia, através da exploração do modo como pensa e exercitando estratégias para o pensamento criativo positivo.

Por seu lado, Doane (2002), baseando-se em Freire (1994), alude à importância da criatividade no desenvolvimento de uma perspectiva crítica e defende que “pensar de modo correcto” é ser curioso, criar e recriar, necessitando, por isso, de ir além do nível de cognição, o que requer envolvimento global da pessoa no processo criativo.

Igualmente Kalischuk & Thorpe (2002), apoiando-se em Krejci (1997), referem a existência de uma ligação entre o pensamento crítico e criativo. E, tal como Le Sorti *et al.* (1999), consideram que o pensamento criativo envolve o desenvolvimento de uma nova ideia, enquanto o pensamento crítico se reporta à avaliação do seu valor.

Segundo afirmam, na enfermagem, o pensamento crítico recebeu maior ênfase do que o pensamento criativo, considerando no entanto que ambos são essenciais para os enfermeiros, na actualidade.

A enfermagem como ciência e como arte assenta, segundo refere Duchscher (1999), na experiência humana, sendo como tal muito complexa. Além disso, porque frequentes vezes tem de lidar com situações muito singulares, não deve aderir exclusivamente ao raciocínio linear.

Outros autores, como May *et al.* (1999), também salientam a importância do pensamento crítico e criativo, ao referirem que tanto a criatividade, como o pensamento crítico são elementos essenciais para a prática da enfermagem competente, o que é igualmente relevado por Cohen (2002), quando este se refere à importância da criatividade para a resolução de problemas, afirmando que a sua resolução efectiva geralmente requer não apenas pensamento crítico como igualmente criatividade.

De semelhante opinião partilha McAllister (2003), ao defender que a enfermagem necessita tanto do pensamento crítico como do criativo e Seymour *et al.* (2003) quando consideram estes dois conceitos relacionados e pré-requisitos para a redução da distância entre a teoria e a prática, na ciência e na arte que é a enfermagem.

Como vimos, o pensamento crítico e o pensamento criativo, para além de coexistirem de modo interrelacionado, são considerados importantes para a resolução de problemas de diferente natureza. Por isso, seguidamente aprofundaremos um pouco a sua importância para a enfermagem.



## **Importância do pensamento criativo e da criatividade na enfermagem**

A importância do pensamento criativo e da criatividade para a enfermagem tem sido desde há muito salientada por teóricas de enfermagem e outros autores, tais como Berg *et al.* (1994), Reed (1995), Jacono & Jacono (1996), Smith (1996), Bishop & Scuder (1997), Gilmartin (1999), (Pesut & Herman (1999), Le Vasseur (1999), Jackson & Sullivan (1999), Le Sorti *et al.* (1999), Watson (1999), Wainwright (2000), Gregory (2001), Hall (2001), Cohen (2002), Doane (2002), Feldman (2002), McNichol (2002), Kalischuk & Thorpe (2002), Castledine (2003), Bolton (2003), Edward (2003), Fasnacht (2003), McAllister (2003), Rispaill (2003), tendo sido Florence Nightingale, fundadora da enfermagem profissional, a sua pioneira, conforme refere Le Vasseur (1999).

Acerca desta importância, Berg *et al.* (1994) consideram que, para uma prestação de cuidados com a melhor qualidade possível, cada enfermeiro deve utilizar a imaginação e a criatividade, e colocar-se no lugar do utente no sentido de encontrar a melhor solução para cada um dos seus problemas. Segundo referem, a falta de criatividade diminui a produtividade e a qualidade dos cuidados.

Por seu lado Reed (1995), baseando-se em Kim (1993), salienta igualmente que alguns aspectos da prática de enfermagem podem ser considerados como arte, na medida em que revelam ideias estéticas, sobretudo para os utentes.

Neste mesmo sentido, Jacono & Jacono (1996) abordam algumas formas para os alunos de enfermagem desenvolverem a criatividade, à luz das teorias de Neuman (1986) e Parse (1987). Salientam a importância da criatividade na enfermagem e relacionam-na com a responsabilidade, a consciência e o nível de desenvolvimento pessoal. Conforme referem, as pessoas com maior nível de criatividade facilmente percebem que possuem muito mais opções de resposta para fazer face às situações com que se deparam. Deste modo perspectivam a elevada importância de que a criatividade na enfermagem se revestirá no futuro.

Smith (1996), por seu lado, apresenta-nos uma outra perspectiva ao defender que a arte poderá enriquecer a compreensão dos enfermeiros acerca da empatia e das

relações humanas, aumentando deste modo as suas capacidades nestas áreas. A autora salienta ainda a importância da imaginação e da criatividade no processo de prestação de cuidados.

Baseando-se em Benner (1984), Bishop & Scudder (1997) referem que uma das razões para considerar a enfermagem como uma arte é que a sua prática se move da competência para a experiência através da acção e interacção criativas. Conforme salientam, na enfermagem, o nível mais elevado de competência é altamente criativo, sendo que cuidados excelentes envolvem criatividade e sensibilidade. Além disso, na opinião das autoras, nesta disciplina, a promoção da saúde e o bem-estar são conseguidos através de formas evoluídas de estar com os utentes, as quais envolvem tanto a aplicação da ciência, como aspectos artísticos e criativos.

De semelhante opinião partilham Pesut & Herman (1999) ao considerarem que as habilidades de pensamento crítico e criativo são essenciais para o desenvolvimento da enfermagem, apesar de Bishop & Scudder (1997) não a considerarem uma ciência e uma arte no sentido tradicional, ocidental do termo, defendendo ser a enfermagem uma tecnologia e uma prática “engenhosa” e perita.

Por seu lado, e ao descreverem quatro padrões fundamentais do conhecimento em enfermagem, Attree & Murphy (1999), baseados em Carper (1978), enumeram o estético, o ético, o empírico e o pessoal. Conforme referem, estes padrões combinam-se para proporcionar uma sólida base de conhecimentos que representa tanto a ciência como a arte na enfermagem, sendo o processo de enfermagem uma ferramenta dinâmica e flexível que permite a utilização destes quatro tipos de conhecimento nesta disciplina.

Igualmente defende Edwards (2003) quatro tipos de conhecimento utilizados na prática de enfermagem, designando de “prático”, o conhecimento estético, o qual considera reportar-se à prática experiente e à motivação para cuidar. O autor salienta ainda a importância dos aspectos estéticos e artísticos para a prática perita de enfermagem.

No que se refere à resolução de problemas, Le Storti *et al.* (1999) relevam a importância da sua resolução criativa na enfermagem. Segundo referem, os problemas que se enquadram no novo paradigma de enfermagem - problemas de saúde que requerem liderança de equipas, gestão de casos e advocacia do utente -, desafiam os

enfermeiros a incrementarem o seu reportório tradicional de resolução de problemas, com a utilização de técnicas de pensamento criativo. Conforme salientam, nesta era de reengenharia e de mudança nos sistemas de prestação de cuidados, os currícula de enfermagem deverão preparar enfermeiros para que sejam capazes de exercer a sua actividade com sucesso em ambientes que requerem soluções inovadoras para os problemas.

Também McNichol (2002), baseando-se em Fraser & Greenhalgh (2001), é de opinião de que a resolução efectiva de problemas num ambiente complexo como o da saúde requer, para além de processos cognitivos, comportamentos criativos e inovadores. A autora afirma ainda existir uma forte evidência de correlação positiva entre a formação e a resolução criativa de problemas.

Por seu lado, Le Vasseur (1999) argumenta que a componente artística da enfermagem é inseparável da parte científica. Conforme salienta, um dos principais problemas em definir arte na enfermagem prende-se com a pouca visibilidade do seu trabalho, sendo que o processo, ao contrário dos resultados que são difíceis de especificar, é a parte de maior visibilidade.

O autor salienta ainda que as situações de enfermagem são caracterizadas pela individualidade, grande diversidade e complexidade, sendo que, em sua opinião, parte da arte em enfermagem é responder a essas situações que são muito variáveis.

Na opinião de Le Vasseur (1999), não obstante muitas das teorias estéticas (*aesthetic*) se verificarem incompatíveis com a arte na enfermagem, a teoria de Dewey, de arte como experiência vivida, é a que melhor se adequa à arte na enfermagem porque, conforme refere, a actividade de enfermagem é altamente intencional e relacionada com a experiência humana.

O autor considera a arte na enfermagem como sendo subtil e indulgente, todavia uma actividade essencial, fundada pela prática e manifestada pela ajuda aos utentes na criação de coerência e significado nas suas vidas, a maior parte das vezes ameaçadas por transições de vária natureza. Baseando-se em Chinn *et al.* (1997) defende a arte na enfermagem como sendo um acto espontâneo que ocorre no momento e que requer experiência prática deliberada.

Entre as teóricas de enfermagem mais recentes que enfatizam a importância da criatividade, salientamos Jean Watson, em cujo modelo teórico inclui o apelo para que a enfermagem seja considerada como ciência e como arte, oferecendo um quadro de referências que abraça e intercepta arte, ciência, humanidades, espiritualidade e novas dimensões do corpo, da mente e do espírito.

Um dos dez factores do cuidado defendidos por Watson (1999) é a utilização sistemática do processo de resolução criativa de problemas inerentes ao cuidar (*creative problem solving caring process*). Outros factores são igualmente mencionados pela autora, tais como o inculcar de fé e esperança, o desenvolvimento de uma relação humana de ajuda e de confiança (*helping-trusting*) no cuidar, a promoção e a aceitação da expressão de sentimentos, positivos e negativos, e a promoção do ensino - aprendizagem transpessoal.

Ao contrário de Attree & Murphy (1999), anteriormente referidos, Wainwright (2000) apresenta uma crítica ao trabalho de Carper (1978) e considera ser a enfermagem diferente de arte, no sentido de arte fina, preferindo perspectivá-la como objecto de apreciação estética. Conforme salienta, uma enfermagem estética pode facultar-nos um conjunto de instrumentos que ajudam a responder à questão sobre aquilo que é uma boa prática de enfermagem e, além disso, proporcionar-nos inspirações (*insights*) acerca da ética na enfermagem.

Para a autora, os resultados são importantes mas não são suficientes para indicarem a qualidade da prática de enfermagem.

Também Hall (2001) salienta a importância da criatividade na enfermagem, pois, conforme refere, os enfermeiros passam os seus dias em ambientes de completo *stress*. Num dos seus artigos, convida todos os enfermeiros a considerarem formas diferentes de olharem para eles próprios e para a sua prática, considerando-a como um acto criativo.

Para esta autora, a arte de cuidar tem que ver sobretudo com as qualidades daquele que cuida e da habilidade de se conectar “homem a homem”. Segundo refere, há muito que sabemos que os enfermeiros, como indivíduos e como profissionais, desenvolveram um sofisticado sistema de defesa, orientando-se para a tarefa, não se envolvendo e ficando sempre ocupados.

Hall (2001) salienta-nos ainda que a arte de cuidar requer que o indivíduo avalie a sua criatividade. Em sua opinião, os enfermeiros podem desenvolver a sua criatividade na prática, começando pelas suas vidas. Conforme sugere, tal como todos os artistas, os enfermeiros devem começar por prestar atenção a eles próprios, porque um dos maiores inimigos da criatividade é a crítica interior.

Para que tal não aconteça, a autora considera ser de vital importância que os enfermeiros trabalhem com gentileza, respeito por eles próprios, e honrem as suas várias habilidades e pontos fortes pois, para Hall (2001), o processo criativo é tanto glorioso como penoso, requerendo, por isso, honestidade, persistência e coragem.

Por seu lado, Gregory (2001) recomenda que se dê mais atenção à utilização, típica e atípica, do espaço e do tempo, considerando-os como sendo as fronteiras para a criatividade na enfermagem. Deste modo, podemos contribuir para uma melhor compreensão daqueles a quem cuidamos e, por conseguinte, intervirmos mais criativa e construtivamente.

Igualmente, Doane (2002) considera que, na essência, a enfermagem é um processo criativo, sendo a criatividade um elemento fundamental da prática ética da enfermagem. Conforme salienta, tal como na prática ética, também no processo criativo o equilíbrio entre a subjectividade da pessoa e a objectividade da razão são essenciais.

A importância da criatividade para a resolução de problemas é também enfatizada por Cohen (2002). No entanto, aponta algumas das barreiras que, em sua opinião, impedem a criatividade na enfermagem, as quais incluem a diminuição do número de profissionais, o aumento da gravidade dos problemas dos utentes, maior trabalho administrativo e burocrático e falta de modelos de papéis que exijam capacidade criativa.

Por seu lado, Kalischuk & Thorpe (2002) apontam as mudanças nos sistemas de saúde como desafios que requerem soluções criativas, sendo o pensamento criativo importante para os enfermeiros, porque incrementa e auxilia o processo de resolução de problemas.

Para estas autoras, o pensamento criativo constitui uma ligação crítica no processo de ensino-aprendizagem, que permite incrementar a resolução de problemas na prática de enfermagem e os níveis de desempenho profissional dos enfermeiros.

Enfatizando a enfermagem, como ciência e como arte, Kalischuk & Thorpe (2002) lamentam que a sua parte científica, muitas vezes, se revista de maior credibilidade do que a parte artística.

Mais recentemente, McAllister (2003), fundamentando a crescente necessidade da valorização da criatividade na enfermagem, refere a necessidade de esta disciplina passar de uma abordagem centrada em problemas (mais característica da medicina) e paternalista, que promove a passividade e a docilidade, para a focalização nas soluções, que é mais consentânea com as necessidades dos sistemas de saúde actuais em que a promoção da saúde e do bem-estar constituem objectivos a atingir.

Segundo refere, a focalização na solução de problemas tem contribuído para alimentar o *satus quo*, enquanto que o que precisamos é de mudança, ou seja, da focalização na solução.

A autora sugere assim que, em vez de nos focalizarmos nos problemas, devemos salientar e valorizar mais as potencialidades, no sentido da promoção da saúde e bem-estar, requerendo, tudo isto, mais criatividade e imaginação.

De acordo com McAllister (2003), enquanto que a resolução de problemas é importante para diagnosticar doenças e ultrapassar dificuldades, a enfermagem necessita ir além destes limites, porque lida com situações positivas, tais como a saúde e o bem-estar. Por isso, reafirma, a criatividade, a imaginação e a focalização nas potencialidades e não apenas nos problemas são igualmente processos cognitivos importantes.

A saúde contemporânea tem para McAllister (2003) uma incumbência formal crescente a qual visa promover a saúde e prevenir a doença. Neste sentido, uma orientação para o problema torna-se de algum modo ultrapassada, porque inerentemente reactiva, e o que se requer é uma abordagem pró-activa, eficiente e efectiva. Na orientação para a resolução do problema, a acção apenas é desencadeada num aspecto que se tenha tornado problema.

De acordo com a autora, uma orientação para a solução enfatiza o pensamento criativo e, como tal, vai além do conhecimento técnico, promovendo o pensamento emancipador. Cria possibilidades de novo conhecimento, afasta limites e promove a enfermagem.

Conforme refere, gerar soluções para os problemas requer mais do que lógica e razão. Requer, igualmente, imaginação, pensamento de esperança, e o exercitar a mente criativa do próprio, na procura de soluções criativas.

Por seu lado, Bolton (2003) salienta que os corpos, as mentes, as emoções e os relacionamentos são explorados e expressos tanto através das artes e das humanidades como das ciências, tanto académica, intelectual, como pessoalmente. Defende, por isso, a valorização dos aspectos estéticos, de raciocínio e emocionais. Conforme salienta, as diferentes disciplinas focalizam tanto os significados como as emoções, exploram a ambiguidade, a incerteza e a complexidade, assim como a lucidez teórica.

Tal como McAllister (2003), Bolton (2003) realça a importância da arte de cuidar e o *stress* nele envolvido.

Ainda no que se refere à importância da criatividade, na opinião de Fasnacht (2003), esta é uma componente essencial da prática de enfermagem que ocorre diariamente durante as interações com os utentes, famílias ou outros enfermeiros. É igualmente um elemento essencial da formação, investigação e prática clínica de enfermagem.

Baseando-se em Fawcett *et al.* (1997), a autora refere que uma falha dos enfermeiros professores em reconhecer e promover o potencial criativo dos alunos, desencoraja o padrão de inovação e de pensamento criativo, que são essenciais para manterem a natureza dinâmica da ciência de enfermagem.

Neste mesmo sentido, Castledine (2003) releva a importância do desenvolvimento de capacidades de flexibilidade, criatividade e inovação, as quais considera necessárias para que a enfermagem possa enfrentar, com sucesso, os desafios do século XXI. Todavia, o autor adverte para a consideração de que os novos papéis de que serão incumbidos os enfermeiros no futuro, deverão manter a essência dos princípios e os valores da enfermagem. Feldman (2003) deixa-nos um pouco mais tranquilos ao lembrar que errar e inovar estão relacionados, e que o sucesso apenas surge quando aprendemos com os erros.

Pelo anteriormente referido, parece haver um certo consenso acerca da importância da criatividade para o processo de prestação de cuidados na enfermagem.

Todavia, não obstante estas opiniões se verificarem de algum modo frequentes, parece ainda existir uma certa imaturidade na definição do conceito de criatividade na enfermagem e poucos estudos empíricos que suportem a sua importância.

### **Falta de um conceito claro de criatividade**

Tal como se verifica com o conceito de pensamento crítico, o de criatividade em geral e na enfermagem em particular tem sofrido evolução ao longo dos tempos, não obstante ainda o mesmo se encontrar imaturo e carecer de algum consenso.

Conforme salientam Tardif & Sternberg (1988), apesar da importância de que se reveste a criatividade, o conceito é ainda imaturo. Segundo referem, de um modo geral, os autores têm vindo a considerar a criatividade como um processo existente numa pessoa, em um determinado momento. Outros, contudo, tais como Csikszentmihalyi, Garner, Gruber & Davis e Hennessey & Amabile, citados por Tardif & Sternberg (1988), consideram-na num contexto sistémico mais alargado de tecido social (*social networks system*), de domínios de problema, entre outros. Para estes autores, uma visão sistémica do processo criativo não exclui, porém, a visão individual, antes pelo contrário, proporciona abordagens adicionais em relação às pessoas e aos produtos criativos, e à sua função na sociedade como um todo.

Por seu lado, e com base na revisão da literatura que efectuou, Morais (1999, p.238) salienta que "... o conceito de pensamento criativo emergiu como algo complexo e multifacetado, algo mesmo fugidio a esforços normativos e linearmente explicativos."

Igualmente para Torrance (1988), um dos desafios que se colocam ao estudo da criatividade é a necessidade de uma definição concreta, sobretudo para a investigação. No entanto, da análise que faz aos diferentes conceitos existentes na literatura, chegou à conclusão de que a produção de algo que é novo está presente, implícita ou explicitamente, em quase todas as definições de criatividade.



Segundo refere, a criatividade é um fenómeno multifacetado que necessita de uma definição precisa. Como contributo para tal, apresenta três definições distintas, as quais designou de investigação, de artística e de sobrevivência (*survival*), isto é, quando uma pessoa não possui uma solução aprendida ou praticada para um problema, necessita de alguma criatividade.

Relativamente à definição de investigação de criatividade, aquela que mais directamente diz respeito ao presente estudo, Torrance (1988) define-a como sendo o processo de sentir dificuldades, problemas, lacunas de informação, falta de elementos, algo que é deformado (*askew*); presumir e formular hipóteses acerca dessas insuficiências; avaliar e testar essas suposições e hipóteses; revê-las e retestá-las, se necessário; e, finalmente, comunicar os resultados.

Uma cronologia da evolução do conceito de criatividade foi efectuada por De La Torre (2000). Assim, segundo o autor, entre 1900 e 1950, a criatividade esteve sobretudo ligada ao conceito de imaginação, seguindo-se, na década de cinquenta à definição de criatividade como competência, solução de problemas e, nas duas décadas seguintes, à criatividade como auto-realização - uma vivência, sobretudo interna, fortemente influenciada por Maslow, segundo refere. Na década de oitenta, a criatividade surge como valor social e educativo, ou seja, como um valor partilhado. Em 1997, De La Torre apresenta a criatividade como marca (*huella*), a qual encerra uma forte dimensão emocional.

Mais recentemente, a partir de 2000, influenciado pela experiência de doença que o fez ficar confinado a uma cama, o autor tem vindo a trabalhar a criatividade paradoxal ou seja, aquela que nasce das situações negativas, como por exemplo a doença ou crise, o lado negativo das coisas, que nasce a partir de situações de carência, partindo-se do que se tem, enfatizando a necessidade de alimentar o que resta, e não do que falta. Segundo refere, a crise estimula a criatividade da pessoa para ultrapassar a dificuldade.

De La Torre (2000) define este seu conceito recente de criatividade paradoxal como sendo "... o potencial transformador, produtivo e de auto-realização, subjacente aos estados carenciais, quando acompanhados da consciência da situação, energia emocional e atitude superadora." Segundo refere, "... falamos assim do potencial

criativo dos erros, dos problemas, dos conflitos e das crises, dos fracassos e das desgraças, da enfermidade ou da doença. Situações que têm impacto e desencadeiam alternativas geradoras de contribuições inovadoras e mudanças construtivas.”

Na enfermagem, contudo, embora tudo isto pareça fazer sentido, vários autores continuam a sentir a necessidade de clarificação do conceito de criatividade específico desta disciplina (Jacono & Jacono, 1996; Le Vasseur, 1999; Kalischuk & Thorpe, 2002; Fasnacht, 2003).

Por exemplo, Le Vasseur (1999) reclama maior consenso acerca do mesmo, afirma que a enfermagem inclui tradições científicas e artísticas e define arte nesta disciplina como sendo ajudar os utentes a criarem coerência nas suas vidas, ameaçadas pela doença e pela mudança.

Kalischuk & Thorpe (2002), partindo de uma análise mais geral, salientam que embora se tenha assistido na década passada a um aumento do interesse nesta área de investigação, é ainda difícil conseguir uma visão rápida e clara do conceito de criatividade. Isto porque existe falta de uma definição comumente aceite, reduzido número de instrumentos de medida, uma insuficiente identificação de variáveis contextuais que expliquem a criatividade e a falta de investigação.

De acordo com estas autoras, as definições existentes descrevem tanto o processo (como surge a criatividade) como o produto (resultado), ou seja, as características essenciais da criatividade, sendo, no entanto, a bibliografia sobre este tópico limitada. Segundo referem, a criatividade tem sido descrita nas vertentes da educação em enfermagem, prática clínica, investigação, liderança e mudança organizacional.

Ainda para Kalischuk & Thorpe (2002), a criatividade, como conceito, é tanto intrigante como misteriosa. Tendo como referência a definição de Young (1985), defendem que a criatividade pode ser considerada como a realização do nosso potencial ou a integração do nosso lado lógico com o nosso lado intuitivo, envolvendo, como tal, mais do que a mera espontaneidade, uma vez que também compreende deliberação.

No entanto, quando se apoiam em Amabile (1997, 1998) e Craft (1998), referem que o conceito de criatividade estende o seu impacto a todos os ramos da actividade

humana, em domínios tão diversos como as ciências, as artes, a vida diária, e envolve o assumir de riscos e o alargar de fronteiras, o ir para além de, o quebrar convenções.

Igualmente Fasnacht (2003) é da opinião de que, para o desenvolvimento da criatividade, é necessário primeiro clarificar e definir o conceito aplicado à enfermagem.

Da revisão da literatura efectuada, a autora agrupou os conceitos de criatividade em três áreas: enfermagem, comércio e psicologia.

Segundo salienta, a literatura de enfermagem sugere que a criatividade resulta num produto que é novo, diferente, único ou original (*novel*), ou seja, a criatividade na enfermagem, tal como no comércio, é, na maior parte das vezes, avaliada pelo valor do produto em detrimento do processo criativo, embora na área comercial seja mais valorizada a forma de estimular o processo criativo.

Na perspectiva de Fasnacht (2003), a psicologia é a disciplina que mais estudou a criatividade, sendo aquela que dedica maior atenção ao processo criativo, considerando no entanto o seu resultado como a evidência de que a criatividade existiu.

Porém, esta autora chegou à conclusão de que todas as áreas utilizam o conceito de criatividade para explicar algo que é novo, diferente ou original, salientando que, sobretudo, e em todas as disciplinas, o conceito parece estar pouco maturo.

Se, por um lado, podemos constatar, pelo anteriormente exposto, a existência de um certo consenso na opinião dos autores acerca da necessidade do aperfeiçoamento do conceito de criatividade, particularmente na enfermagem, pese embora o facto de assistirmos ultimamente a um crescente número de artigos publicados nesta área, todavia, ainda são poucos aqueles que possuem base empírica.

### **Alguns estudos sobre criatividade na enfermagem**

Conforme anteriormente referimos, existem muito poucos estudos sobre criatividade na enfermagem, particularmente no contexto da prática clínica. Além

disso, os que tivemos acesso na literatura, dizem sobretudo respeito ao conceito de criatividade no contexto formativo desta disciplina.

De acordo com Berg *et al.* (1994), embora a criatividade pareça ser importante para os cuidados de enfermagem de qualidade, não identificaram qualquer estudo na literatura que evidenciasse tal afirmação. Semelhante opinião é partilhada por Smith (1996) quando refere que, sobretudo no campo da estética e das artes, existe ainda muito por explorar e aprofundar na disciplina de enfermagem. Não obstante, a maior parte das teóricas de enfermagem, como por exemplo King, Neuman, Parse, Chinn e Watson, têm, segundo os mesmos autores, salientado a sua importância.

Nesta conformidade, Berg *et al.* (1994) realizaram um estudo com o objectivo de explorar a criatividade, o clima inovador, o nível de tédio e o de *burnout* entre enfermeiros, durante um ano de supervisão clínica sistemática, combinada com a implementação de processos de cuidados individualizados. Neste estudo comparativo entre enfermeiros de duas unidades, verificaram que um clima de supervisão clínica e de planeamento individual de cuidados reduz os resultados negativos de *stress* causados pela carga psicológica que os cuidados de enfermagem envolvem, aumentando a criatividade dos enfermeiros, a qual por sua vez, referem, beneficia os utentes.

As autoras concluíram ainda que estes procedimentos incentivam emocional e cognitivamente os processos de prestação de cuidados dos enfermeiros, estimulando a sua criatividade e reduzindo resultados negativos, tais como o tédio e o síndrome de *burnout*.

Dirigido a estudantes de enfermagem, Jackson & Sullivan (1999) desenvolveram um estudo no qual aplicaram um modelo curricular considerado inovador. Seguindo este novo modelo, os alunos eram incentivados, através da exploração das artes e humanidades, a aprofundar conceitos importantes para a enfermagem obstétrica, tais como os de “cuidar”, “empatia”, “dor”, “sofrimento”, “maternidade”, “amor”, “vinculação”, “afecto”, “saúde” e “doença”, e a aprofundar símbolos sociais e culturais relacionados com a paternidade e a vida familiar.

Segundo as autoras, o estudo permitiu-lhes concluir que os estudantes, para além de valorizarem o curso, passaram a compreender melhor e a interiorizar todos aqueles conceitos, bem como as dimensões artísticas e criativas inerentes aos cuidados de enfermagem nesta área. Além disso, verificaram o desenvolvimento das capacidades de reflexão e de interpretação por parte dos estudantes participantes neste estudo.

Também Kalischuk & Thorpe (2002) efectuaram um estudo tendo por objectivo explorar o conceito de criatividade no sentido de compreender as percepções dos estudantes de pós-graduação em enfermagem neste aspecto e como a criatividade pode ser desenvolvida.

Como principais resultados, o estudo revelou a importância da autoestima, tema maior - com a autoestima elevada, as pessoas estão dispostas a correrem mais riscos e a se evidenciarem na presença de outro, aumentando assim a sua criatividade; a necessidade de trabalharem dentro de uma estrutura (*working within structure*) - as pessoas necessitam, por um lado, de alguma estrutura e, por outro, de liberdade; e, não menos importante, a disponibilidade de tempo para reflexão.

Com base nestes resultados, Kalischuk & Thorpe (2002) preconizam algumas estratégias para o desenvolvimento da criatividade, como sejam:

- aumentar a autoestima, reforçando o autocontrolo, assumindo riscos, criando um ambiente seguro, alimentando a expressão criativa, aumentando a autoconfiança, a qual consideram ser a chave para o desenvolvimento da autoestima.

- trabalhar dentro de uma estrutura flexível, proporcionando balizas maleáveis, mas igualmente facultando liberdade e realçando a importância das múltiplas soluções para o problema (soluções criativas)

- conseguir tempo para reflexão, criando momentos para o efeito, estimulando o exame crítico interior, pois que, conforme referem, sem tempo suficiente, a reflexão e o pensamento criativo não acontecem.

- promover o equilíbrio, através do autocuidado, o qual à luz do modelo que propõem, sintetiza as percepções dos participantes acerca dos conceitos de criatividade e envolve a gestão das suas vidas pessoais e profissionais; de acordo com as autoras, este autocuidado exige igualizar as respostas a necessidades externas (cuidados) e

internas (cuidar de si próprio), considerando que cuidar do nosso holismo afigura-se crítico para a optimização da nossa saúde.

Conforme salientam, é com o reforço da autoestima, conseguido através do autocuidado, com o trabalho desenvolvido dentro de uma estrutura flexível e tempo para a reflexão, que existirão condições para o emergir da criatividade.

Mais recentemente, Fasnacht (2003), realizou um estudo através da análise do conteúdo da literatura sobre criatividade em diferentes disciplinas, com o objectivo de retirar alguma da ambiguidade que envolve o conceito de criatividade, e redefini-lo. Identificou três conceitos diferentes de criatividade: a criatividade como revelação, como nascimento e como reencarnação.

Segundo refere, o conceito (redefinido) para a prática de enfermagem reconhece que a criatividade acontece como um processo de revelação, nascimento ou reencarnação, que pode ser influenciado pelo ambiente e é reconhecida pelo produto produzido. A criatividade pode, por isso, ser desenvolvida.

São as seguintes as três concepções de criatividade sugeridas por Fasnacht (2003). A criatividade como revelação, compreendendo a ideia de que a criatividade é o estado do ser, o “*aha*” que revela a iluminação repentina, e uma recompensa, sendo que esta revelação implica que a criatividade ocorre como resultado de uma experiência mística, que acontece como um *flash* de *insight*. Para a autora, a implicação desta perspectiva é a de que a criatividade acontece como resultado de uma habilidade intrínseca ou talento, e não como um resultado intencional, considerando ser esta a forma mais básica de criatividade. A criatividade como nascimento, ou seja, a produção de algo que é novo, ou original, a qual, a autora apoiando-se em Torrance (1981), considera como sendo tanto uma produção original como a resolução cognitiva de problemas. A criatividade como reencarnação, constituindo, nesta perspectiva, um processo no qual algo assume uma nova forma. Conforme refere, é a criação de algo a partir de alguma coisa, envolvendo acções para desenvolver, construir, integrar, reorganizar, modificar e transformar. Inclui, por isso, a resolução cognitiva de problemas, a síntese e a metacognição.

Para Fasnacht (2003), existe uma relação de proximidade entre a criatividade como reencarnação e nascimento. Como reencarnação, a criatividade resulta num

produto que é estruturalmente diferente do original, mantendo no entanto algumas características deste. Segundo salienta, estas três perspectivas podem acontecer de modo independente ou como componentes uma da outra, podendo existir, deste modo, interligação entre elas.

Foram poucos os estudos de base empírica sobre criatividade na enfermagem a que tivemos acesso. No entanto, dos estudos consultados pudemos constatar uma preocupação dos autores em referirem os factores susceptíveis de influenciar o pensamento criativo.

### **Alguns factores que influenciam a criatividade e o pensamento criativo**

De acordo com McNichol (2002) e Fasnacht (2003), as condições necessárias para que a criatividade aconteça são a motivação intrínseca e o ambiente ou a cultura que a promove. Apoiando-se em Cummings & Oldham (1997), Fasnacht (2003) considera que este ambiente proporciona a oportunidade, a emergência e a liberdade tão necessárias para a criatividade. Deve além disso existir uma habilidade para funcionar de modo independente e uma vontade de assumir riscos, os quais considera constituírem características importantes da pessoa criativa.

Neste mesmo sentido apontam as opiniões de Tardif & Sternberg (1988) sobre pessoas criativas, os quais consideram que estas possuem um conjunto de competências cognitivas, motivacionais e de desenvolvimento características.

De acordo com estes autores, a pessoa criativa típica pode ser enquadrada em três categorias gerais: as com qualidades pessoais e motivacionais; as que se confrontaram com eventos especiais; e as que viveram determinadas experiências durante o seu próprio desenvolvimento.

Ainda de acordo com Tardif & Sternberg (1988), consoante as características das pessoas criativas, independentemente do domínio da sua actividade, estas podem ser agrupadas em traços (nível de inteligência moderadamente elevado, originalidade, articulação, fluência verbal e boa imaginação), habilidades cognitivas (pensar de modo metafórico, flexibilidade e capacidade na tomada de decisão, julgamento

independente, lidar bem com a inovação, habilidade de raciocínio lógico, visualização interior, habilidade para abstrair-se de determinados padrões de percepção, utilização de formas particulares de pensamento e conseguir encontrar ordem no caos); e estilos de abordagem dos problemas (utilização de grandes categorias e imagens de grande abrangência, preferência pela comunicação não verbal, construção de novas estruturas em lugar das existentes, questionar os pressupostos e as normas no seu domínio - perguntar porquê -, estar alertado para a inovação e para lacunas no conhecimento e utilizar o conhecimento que detêm para produzir novas ideias).

Conforme salientam, baseando-se em diferentes autores, não existe apenas uma característica para julgar uma pessoa como criativa, mas antes um conjunto destas, entre as quais Tardif & Sternberg (1988) destacam a vontade para enfrentar a hostilidade e o assumir riscos intelectuais, a perseverança, a curiosidade e inquisição, a abertura a novas experiências e ao desenvolvimento, a disciplina e o envolvimento no seu próprio trabalho, elevada motivação intrínseca, focalização na actividade, liberdade de espírito que rejeita os limites impostos pelos outros e elevados níveis de auto-organização.

Estes autores referem ainda outras características de pessoas criativas, tais como tolerância à ambiguidade, vasto leque de interesses, valorização da originalidade e da criatividade, comportamento pouco convencional, vivência de emoções profundas, intuição, procura de situações interessantes, sentido de oportunidade e um certo grau de conflito entre a autocrítica e a autoconfiança.

Tardif & Sternberg (1988) reportam-se ainda aos domínios, campos e contextos, embora refiram que estes últimos não reúnem uma opinião consensual entre autores, requerendo por isso mais investigação.

Opinião contrária apresentou, como vimos, McNichol (2002) ao afirmar a existência de uma forte correlação entre o ambiente de trabalho e a cultura organizacional e a capacidade e possibilidade das pessoas responderem de modo criativo e inovador às diferentes situações com que se deparam.

Por seu lado, Torrance (1988) chegou à conclusão de que a essência da pessoa criativa é amar aquilo que faz, e considera que esta característica possibilita todas as restantes que são inerentes à pessoa criativa, tais como a coragem, a independência de



pensamento e de julgamento, a honestidade, a perseverança, a curiosidade, a disposição para correr riscos e a sorte (*the like*).

Ainda relativamente a este mesmo assunto, Csikszentmihalyi (2000), reportando-se igualmente aos traços da pessoa criativa refere a curiosidade, o interesse, a motivação e a energia, por um lado, e aspectos aparentemente contraditórios, como o equilíbrio entre a produtividade e a ociosidade, o pensamento divergente e o convergente, a rebeldia e o tradicionalismo, a extroversão e a introversão, a perseverança e o divertimento, o correr risco e a precaução, a paixão e o desapego. Este autor salienta ainda que as pessoas criativas percorrem todo o contínuo entre estes dois pólos, não sendo especializadas num único modo de agir.

Uma visão sistémica da criatividade é-nos igualmente apresentada por Csikszentmihalyi (2000), à luz da qual a criatividade não depende só do indivíduo, mas sobretudo da sociedade e da cultura. Segundo refere, o indivíduo produz ou poderá querer produzir inovação, mas é a sociedade que a selecciona. Tem, por isso, que haver um contexto propiciador da criatividade (oportunidade). Aponta como exemplos a questão dos médios e altos criativos, afirmando que depende muito da sociedade.

Tendo por base a opinião de autores como Csikszentmihalyi (2000) e De La Torre (2000), podemos afirmar que existe sempre um potencial humano enorme que se perde ao não se valorizar, na justa medida, a importância da criação de ambientes pró-activos, de liberdade, tão fundamentais para o desenvolvimento da criatividade, da inovação, da competência (pessoal e profissional), da ética e da qualidade.

Para estes dois autores, cujo mérito internacional no domínio do estudo da criatividade na actualidade é por muitos reconhecido, a criatividade, a qualidade de vida, e a felicidade estão interligadas.

Como salienta Csikszentmihalyi (2000), autor de referência para a Criatividade “Emocional” e da teoria do *flow*, ao reportar-se à pessoa e ao contexto criativo, refere que os momentos de inspiração (*flow*) ocorrem, por exemplo, quando o corpo e a mente se encontram no mesmo sítio, o indivíduo está completamente envolvido, focalizado, concentrado, sabe o que é preciso ser feito, quão bem está a ser feito, que a

actividade é fazível e que as suas habilidades são adequadas à tarefa, existe um sentimento de serenidade, sem receios ou pressões.

Por seu lado, De La Torre (2000 e 2002) enfatiza a importância do educar para a felicidade, numa sociedade como a nossa em que o bem-estar e a comunicação são conceitos actuais que muito nos marcam. Aponta o trabalho como sendo uma das principais componentes da qualidade das nossas vidas, a par das nossas relações, da família, da felicidade e da saúde, considerando o restante “pequenas pedras que nestas grandes se encaixam”.

Entre os motivos de felicidade, refere a satisfação profissional (auto-realização profissional, o clima e a relação com companheiros e o reconhecimento profissional), constituindo a dimensão emocional (o entusiasmo) a componente mais forte da criatividade.

Kalischuk & Thorpe (2002) consideram o autoconceito, a autoestima, a autoconfiança, o equilíbrio entre os papéis de vida e a experiência, isto é, o ser capaz de satisfazer as necessidades individuais, familiares e da comunidade em relação com a educação e o trabalho, os principais factores que influenciam o pensamento criativo.

Conforme refere Morais (1999), a criatividade (manifestação criativa) pode ser influenciada por múltiplas variáveis externas e interiores à pessoa criativa, tais como a motivação, a persistência ou a facilidade em arriscar.

Por seu lado, Doane (2002), baseando-se em Feldman (1999), releva que a criatividade é sobretudo uma questão de envolvimento, isto é, embora a pessoa tenha nascido com capacidade para ser criativa, a forma como ela a expressa depende muito do seu processo de desenvolvimento ao longo da vida. Recomenda, por isso, um ambiente de aprendizagem onde as pessoas se sintam livres para utilizarem a imaginação e darem formas criativas ao que estão a aprender (ou a fazer).

Como vimos, a criatividade e a inovação poderão acontecer, em maior ou menor grau, dependendo de um conjunto de factores de natureza individual, ambiental, cultural e social. Resta-nos ainda, pois, tecer algumas considerações acerca do modo, e dos instrumentos disponíveis, para a avaliar.

## **Avaliação e instrumentos de medida da criatividade**

Na opinião de Morais (1999), o contexto da avaliação da criatividade apresenta ainda muitas dificuldades e alguma subjectividade, não obstante os esforços realizados, sobretudo em relação à validade dos instrumentos, afirmando, por exemplo, que os testes de pensamento divergente, ou inventários de atitudes ou de personalidade apenas são susceptíveis de avaliar potencialidades criativas.

Da revisão da literatura sobre instrumentos de avaliação do pensamento criativo disponíveis efectuada por Morais (1999), podemos constatar que alguns destes datam do início do século XX. Conforme refere, até ao momento, têm sido utilizados diferentes instrumentos e metodologias, tendo por característica mais saliente a diversidade. Nomeiam-se, por exemplo, autores como Isaksen e colegas (1994), que referem existirem mais de 250 instrumentos para a avaliação da criatividade.

Morais (1999) apresenta-nos ainda uma sistematização dos instrumentos para avaliação da criatividade, considerando como tal os testes de pensamento divergente (que têm sido mais utilizados para a avaliação do potencial criativo), os inventários de atitudes e interesses (assentes na crença de que há atitudes e interesses que facilitam a criatividade), os inventários de personalidade (baseados na ideia de que a criatividade está associada a características de personalidade), os inventários biográficos (que pretendem identificar acontecimentos passados supostamente determinantes da criatividade actual de uma pessoa), as avaliações efectuadas por professores, pares e supervisores (que enfatizam o conhecimento que estes possuem acerca de um indivíduo), as autoavaliações de realizações criativas (que apelam para que o indivíduo se refira a actividades criativas realizadas), estudos de indivíduos eminentes (dirigido apenas a pessoas altamente criativas), a avaliação do produto criativo, entre outros.

A autora apresenta, no entanto, uma caracterização em maior detalhe dos testes mais frequentemente utilizados, entre os quais inclui os testes de pensamento divergente de Guilford e colaboradores e os de Torrance.

A forma verbal do *Torrance Test of Creative Thinking, Form A* (Torrance, 1974) foi traduzida e validada em Portugal, numa amostra de alunos do ensino secundário e superior, por Oliveira (1992), passando a designar-se de “Pensando Criativamente,

Versão A”, de cujo estudo resultou um manual de administração e cotação, o qual foi utilizado na presente investigação.

Um dos testes, igualmente referido por Morais (1999), e que tem sido também muito utilizado, sobretudo em contextos educativos, embora, segundo o seu autor, o mesmo se possa adequar a qualquer idade ou profissão, é o denominado *Test de Abreacción para Evaluar la Creatividad (TAEC)*, de De La Torre (1991). Contudo, desconhecemos se o mesmo se encontra traduzido e aferido para a população portuguesa.

De acordo com Morais (1999), vários autores têm no entanto defendido a utilização de produtos criativos como forma preferencial de avaliação da criatividade, ultrapassando deste modo algumas das questões suscitadas com a validade de alguns dos testes mais utilizados na avaliação do potencial criativo - testes de pensamento divergente.

De entre os critérios mais utilizados para a avaliação de um produto criativo, a autora reporta a originalidade (o mais consensual) e a adequação ou eficácia do produto perante o objectivo com que foi criado, entre outros. E, baseando-se em Basemer & Treffinger (1981), apresenta ainda uma taxonomia composta por catorze categorias de critérios (não é frequente nem necessário estarem todas presentes), organizadas em três dimensões, nas quais o produto, para ser avaliado como criativo terá de ser apreciado positivamente, embora com diferentes níveis: a novidade do produto (a dimensão que mais se deve salientar), a resolução que o produto pode permitir (adequação ao objectivo), e a elaboração e síntese (qualidades estéticas ou estilísticas).

Para além desta perspectiva, que considera a prévia definição de critérios e o treino de juízes nessa definição como elementos centrais da avaliação de produtos criativos, Morais (1999), fundamentando-se em autores como Getzels & Csikszentmihalyi (1976) e Amabile (1983, 1996), apresenta ainda uma outra perspectiva que, como refere, enfatiza a familiaridade de quem avalia face ao produto avaliado e o consenso obtido com este tipo de avaliadores.

No seu estudo propôs três novos instrumentos para a avaliação de competências cognitivas, diferentes de pensamento divergente, associadas à criatividade: pensamento metafórico, descoberta de problemas e resolução de problemas por *insight*.

No que diz respeito à enfermagem, e segundo referem Kalischuk & Thorpe (2002), não apenas existe falta de literatura sobre a criatividade como também sobre a sua avaliação. Estas autoras consideram, no entanto, que a avaliação da criatividade é difícil em todas as disciplinas, porque um conjunto de critérios pode não contemplar todas as circunstâncias envolvidas, como por exemplo os contextos clínicos ou de formação.

Apesar disso, as autoras encontram-se a desenvolver alguns critérios para a avaliação da criatividade, dos quais destacamos a autenticidade, a originalidade das ideias, a clareza de expressão, a relevância do tópico, o nível da assumpção do risco, o estabelecimento de relação entre ideias, a evidência de pensamento divergente, o desejo de partilhar sentimentos intuitivos (*intuitive insights*) e a motivação para trabalhar com flexibilidade dentro de uma estrutura.

Deste trabalho, Kalischuk & Thorpe (2002) concluem que existe muito ainda para ser feito no sentido de se conseguir a clarificação necessária em relação ao conceito de criatividade, modos de expressão criativa entre enfermeiros, e sobre a avaliação da expressão criativa.

Por seu lado, Fasnacht (2003), ao referir-se à avaliação da criatividade, assegura ser esta muitas vezes julgada pelo valor do produto que é produzido, em vez do processo em si mesmo, sendo que é o produto criativo que determina a evidência do processo da criatividade.

A autora adianta ainda que, o produto gerado pelo processo criativo é utilizado como a evidência da sua ocorrência, de forma consistente entre as diferentes disciplinas. Igualmente, refere, existe a ideia implícita de que este produto deverá ter determinado valor, o qual poderá constituir aquilo que distingue o que é produto criativo.

Deste modo, o reconhecimento da criatividade pode estar dependente da produção de um determinado produto em vez do valor atribuído a esse mesmo produto.

Ainda relativamente à avaliação do produto criativo, Tardif & Sternberg (1988) asseguram-nos que a característica mais consensual do produto criativo é a novidade. Baseando-se em outros autores, referem que algumas outras características poderão ser mais relevantes para a criatividade científica e a resolução criativa de problemas, tais como: os produtos devem mostrar sensibilidade às lacunas existentes no conhecimento, ultrapassar limites intra e interdisciplinares, serem surpreendentes, conseguirem acordo entre os peritos na área, serem difíceis, vagos inicialmente, mal definidos, envolverem a síntese e a coerência de grandes áreas.

Tardif & Sternberg (1988) citam ainda os critérios de Torrance para a avaliação da criatividade, que incluem, o humor, a fantasia, a cor, o movimento, tanto no sentido literal como no sentido metafórico.

Fasnacht (2003), por seu lado, baseando-se em Torrance (1969) e Libby (1994), refere quatro componentes que podem ser utilizadas para avaliar a criatividade individual: a fluência, ou seja, a habilidade para produzir um grande número de ideias; a flexibilidade, que diz respeito à variedade dessas ideias; a elaboração, ou seja, a habilidade para desenvolver, ornamentar, modificar uma ideia; e originalidade, que é a habilidade para produzir ideias que não são usuais ou estatisticamente frequentes.

Segundo a autora, estas componentes referem-se a características pessoais que determinam o potencial criativo do indivíduo.

Porém, Oliveira (1992), igualmente apoiando-se em Torrance, reporta apenas a fluência, a originalidade e a flexibilidade, sendo a fluência, no manual de cotação do teste “Pensando Criativamente, Versão A”, por ela traduzido e aferido, quantificada pelo total de respostas relevantes; a originalidade de uma resposta determinada pela sua raridade; e a flexibilidade obtida através do número de categorias diferentes em que as respostas podem ser classificadas.

Relativamente aos contextos de passagem dos testes para a avaliação da criatividade, Torrance (1988) salienta a importância de se considerar o modo e as

condições como os testes da criatividade são administrados, pois podem influenciar os seus resultados.

Torrance (1988) adverte, no entanto, que a sua concepção acerca da natureza da criatividade, tal como manifestada através dos testes de criatividade, é de certo modo limitada, porque os esforços para a avaliar têm sido muito baseados na visão lógica e racional do pensamento da criatividade. Pouca atenção tem sido dada à avaliação da criatividade supra-racional, a qual o autor não considera, todavia, contrária à razão.

Apresenta o exemplo da sua definição artística de criatividade e o trabalho que desenvolveu neste sentido, para confirmar esta asserção. E, citando Torrance & Hall (1980), salienta um conjunto de habilidades práticas incluídas neste domínio, que são passíveis de mensuração e necessitam ser melhor investigadas. Tais habilidades são a aptidão para conseguir algo que vai para além da expectativa lógica, a empatia e a elevada sensibilidade acerca das necessidades dos outros, o carisma, a habilidade para resolver conflitos opostos, para os quais não exista uma solução racional ou lógica, e a percepção do futuro.

Não obstante o que acabámos de apresentar, Fasnacht (2003) recomenda mais investigação na criatividade, sobretudo para explorar os métodos e técnicas para o desenvolvimento e avaliação da criatividade na enfermagem.

Neste subcapítulo procurámos efectuar uma síntese da literatura mais relevante sobre o conceito de criatividade, sobretudo na enfermagem, fundamentámos a sua importância para a prática clínica, enunciámos alguns dos factores que a influenciam e, por fim, fizemos referência à sua avaliação.

Naquele que se segue, tencionamos proceder a uma abordagem de modo semelhante no que se refere à inteligência emocional.

### **2.5.3. A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL**

A inteligência emocional é um conceito ainda recente, embora muito relacionado com a inteligência social, que data da década de 20 do século passado (Kobe *et al.* 2001).

A sua divulgação alargada deve-se em grande parte aos artigos jornalísticos que têm vindo a ser publicados em diferentes órgãos de comunicação social, sobretudo desde o artigo sobre inteligência emocional de Goleman na revista *Times*, em 1995, e às suas obras sobre este tema (1995 e 1998), que constituíram autênticos *best sellers* internacionais, tendo catapultado o conceito de inteligência emocional para o discurso quotidiano de administradores, educadores, investigadores em diferentes áreas do conhecimento e profissões.

Não obstante a popularidade conseguida por este conceito, inteligência emocional, tal como tem sido apresentado por este psicólogo e jornalista, alguns autores têm vindo a contestar os fundamentos empíricos do mesmo.

Por exemplo, Kaschub (2002) refere que a teoria de Goleman não considera a inteligência emocional como uma entidade separada de outras inteligências anteriormente estudadas e é de opinião que o seu objectivo não é o crescimento emocional e sentimental interior, mas apenas um meio para incrementar as interacções sociais.

Basset (2003) refere ainda que os *media*, ao promulgarem o trabalho de Goleman e outros autores, têm contribuído muito para a adulteração não apenas do conceito de inteligência emocional, como do modo adequado para o avaliar.

Por seu lado, Hein (2004) apresenta alguma crítica ao trabalho não científico de Goleman que, segundo refere, apenas se limitou a reunir material sobre o cérebro humano, emoções e comportamentos anteriormente publicado e, por vezes, a dramatizá-lo, obtendo por este meio a popularidade que lhe é reconhecida internacionalmente.

Segundo este autor, Mayer e Salovey, ao contrário de Goleman, têm sido muito prudentes acerca daquilo que consideram ser a inteligência emocional ao nível prático, assim como relativamente ao que esta poderá significar como preditor em termos de sucesso, felicidade ou cidadania ideal.

Referindo-se ainda à popularidade do trabalho de Goleman, Hein (2004) considera que a disseminação do seu trabalho foi de tal modo abrangente, que autores de artigos não científicos referem Goleman como sendo o autor do conceito inteligência emocional.



De acordo com Hein (2004), a primeira utilização conhecida do termo inteligência emocional reporta-se a 1985 quando Wayne Leon Payne, nos Estados Unidos, o incluiu no título da sua tese de doutoramento. No entanto, foi em 1990 que John Mayer e Peter Salovey publicaram em duas revistas académicas a tentativa que estavam a empreender, com o objectivo de desenvolver uma forma científica de medir a diferença de habilidades das pessoas na área das emoções.

Ainda de acordo com Hein (2004), aqueles autores constataram que algumas pessoas possuíam melhores habilidades do que outras em identificar os seus próprios sentimentos, em reconhecer os sentimentos dos outros ou a resolver problemas que envolvessem aspectos de natureza emocional.

Desde então, John Mayer, Peter Salovey, e mais recentemente David Caruso, desenvolveram dois testes, um dos quais ainda indisponível, para tentar medir aquilo a que chamaram de inteligência emocional.

Não obstante serem os autores acima referidos pioneiros no estudo deste novo conceito, uma vez que as suas publicações se efectuaram quase exclusivamente no meio académico, os seus nomes e resultados de investigação são ainda muito pouco conhecidos, existindo como tal ainda a necessidade de maior consenso na definição deste tipo de inteligência.

### **Conceito de Inteligência Emocional**

Sobretudo na última década, muito se tem escrito sobre inteligência emocional. No entanto, necessário se torna separar o conceito popular do conceito científico, bem como clarificar o modo de o avaliar.

De acordo com Schutte *et al.* (2001), existem múltiplas teorias e conceitos de inteligência emocional. Conforme salientam, umas são mais abrangentes do que outras e incluem um conjunto de características associadas a emoções, tais como a habilidade de comunicar efectivamente as emoções (Goleman, 1999, 2000), enquanto a teoria de Mayer, Salovey & Caruso (2000) enfatiza os elementos cognitivos, tais como são as emoções, o julgamento e a memória.

Mayer, Salovey & Caruso (2000) consideram que os investigadores da inteligência emocional têm-na conceptualizado tanto como uma habilidade, como uma característica de personalidade.

Acerca da existência de diferentes teorias de inteligência emocional, referem, entre outras: a teoria das inteligências múltiplas de Gardner (1993) que compreendem a inteligência intrapessoal, que por sua vez inclui o conhecimento das suas próprias emoções e pensamentos; a teoria da criatividade emocional de Averill & Nunley (1992), que enfatiza o valor do preenchimento emocional através da criatividade emocional; a teoria da competência emocional de Saarni (1999), a qual considera como sendo semelhante à da inteligência emocional, embora dando maior ênfase aos contextos do funcionamento emocional e à auto-eficácia emocional; e a teoria de Goleman (1995), que salienta o papel da inteligência emocional no estabelecimento e manutenção das relações interpessoais.

Por seu lado, Cobb & Mayer (2000) referem existirem duas principais abordagens de inteligência emocional: a abordagem das habilidades, baseada na teoria académica iniciada em 1990 por Mayer & Salovey e publicações subsequentes, a qual assenta no pressuposto de que as emoções são sinais acerca de relacionamentos (ex: tristeza significa perda), concebendo a inteligência emocional como um conjunto de aptidões e salientando a importância do processamento da informação emocional e do raciocínio adequados com base nessa informação; e uma segunda abordagem, a qual designam de modelo misto.

De acordo com tais autores, esta abordagem configura uma orientação mais popular, apresentando a inteligência emocional como uma habilidade associada a competências sociais, traços e comportamentos, e salientando a importância da inteligência emocional para o sucesso (ex: até duas vezes mais que a inteligência geral, Goleman, 1995).

Baseando-se em Salovey & Mayer (1990) e Mayer & Salovey (1997) Cobb & Mayer (2000) afirmam que, segundo o modelo das habilidades, devemos processar a emoção (perceber, compreender, gerir e utilizar) para podermos beneficiar deste tipo de processamento ou de inteligência emocional.

Ainda segundo Cobb & Mayer (2000), o modelo de habilidades, sendo baseado nos resultados de investigação de áreas como a percepção não verbal, a empatia, a inteligência artificial e o cérebro humano, preconiza um conceito de inteligência emocional que envolve a percepção, o raciocínio abstracto e a informação que emerge dos sentimentos.

De acordo com os autores, este modelo enfatiza a existência da inteligência emocional, todavia colocam algumas reticências sobre o seu carácter preditivo para o sucesso das pessoas. Manifestam no entanto a esperança de que a inteligência emocional venha a ter um valor preditivo no sucesso da vida das pessoas e que conduza a bons comportamentos, embora tal não esteja ainda cientificamente demonstrado.

Cobb & Mayer (2000) são de opinião de que o conceito de inteligência emocional legitima a discussão das emoções nas escolas, porém, recomendam que ao integrar o conceito de inteligência emocional nos *curricula*, os professores devem compreender os modelos, apoiar-se em investigação sólida e não em declarações sensacionalistas, caminhando com precaução.

Ao contrário do modelo misto, mais popular, de inteligência emocional, Cobb & Mayer (2000) referem que o modelo de habilidades não se reveste de valor preditivo, pois, citando Davis, Stankov & Roberts (1998) e Epstein (1998), adiantam que, não obstante passados alguns anos depois da publicação do primeiro livro de Goleman, os psicólogos encaram ainda a reivindicação do carácter preditivo da inteligência emocional para o sucesso como estando pouco definida e fundamentada e, como tal, sendo pouco plausível.

Igualmente Lam & Kirby (2002) consideram existirem múltiplas definições de inteligência emocional. Contudo, referem, apenas a de Mayer & Salovey (1997) valoriza tanto a emoção como a cognição.

Também Cobb & Mayer (2000) salientam a existência de outras definições, designadamente: a de Goleman (1995; 1997), que inclui o autoconhecimento, o autocontrolo, a motivação, a empatia e a competência social; e a de Bar-On (1997), que a considera como um conjunto de aptidões e competências susceptíveis de influenciar tanto a habilidade individual para uma vida bem sucedida como o bem-

estar geral e psicológico, as quais constituem as dimensões pessoal, emocional e social da inteligência.

De acordo com Kobe *et al.* (2001), Bar-On diferencia a inteligência geral da emocional considerando que o foco da inteligência emocional reside nas competências pessoais, emocionais e sociais e não nas dimensões cognitivas. Defende o seu carácter preditivo, ao sugerir que, ao contrário da inteligência cognitiva, a inteligência emocional reflecte o modo como a pessoa aplica o conhecimento a situações imediatas.

Por seu lado, apoiando-se em Mayer & Salovey (1995), Kobe *et al.* (2001) referem que estes autores concebem a inteligência emocional como uma habilidade para o processamento eficiente da informação emocional, preenchendo deste modo a lacuna entre os sistemas emocionais e cognitivos, individualizando assim a inteligência emocional da inteligência geral.

Kobe *et al.* (2001) referem-se ainda ao estudo de Davis *et al.* (1998), o qual evidencia a inteligência emocional como sendo um constructo separado da inteligência geral, e outros autores, como Goleman (1995), Bar-On (1996) e O'Neil (1996), que sugerem ser a inteligência emocional um melhor preditor do desempenho do que a inteligência geral, sobretudo em relação à liderança.

No que concerne a inteligência social, estes autores consideram haver sobreposição entre ambas. Defendem, no entanto, ser este um constructo mais abrangente do que a inteligência emocional.

Como vimos, entre os diferentes conceitos de inteligência emocional, o de Mayer e Salovey é aquele que reúne maiores consensos devido à sua base científica.

De facto, como refere Caruso (1999), a inteligência emocional foi um conceito inicialmente desenvolvido pelos psicólogos, John D. Mayer e Peter Salovey, através de dois artigos publicados em 1990. Em 1997, estes mesmos autores publicaram a teoria da inteligência emocional, a qual postulava ser esta constituída por quatro componentes, numa ordem hierárquica, de complexidade crescente, sendo cada um destes ramos considerados em termos de habilidades.

O conceito de inteligência emocional foi definido por Mayer & Salovey (1997) como sendo a habilidade para reconhecer, avaliar e gerar emoções, bem como ajudar o

pensamento a compreender as emoções e o conhecimento emocional, regular de modo reflexivo as emoções e promover o crescimento emocional e intelectual.

À luz deste conceito, a inteligência emocional é vista como constituída por quatro componentes ou ramos separados: *perceber e identificar emoções*, relativa à habilidade para reconhecer o quanto a pessoa e os que nos rodeiam estão a sentir; *assimilar e utilizar as emoções*, que concerne a habilidade para gerar emoções e raciocinar com elas; *compreender emoções*, que se refere à habilidade para perceber emoções complexas e cadeias emocionais, e o como as emoções transitam de um estágio para outro; e *gerir emoções*, a qual abrange a habilidade que nos permite gerir as nossas emoções e as dos outros. Como nos salienta Caruso (1999), a inteligência emocional não é o oposto da inteligência geral, nem o triunfo da cabeça sobre o coração. É uma intercepção entre ambos.

Este autor refere ainda que, da definição de emoção, inteligência e, especialmente, das três partes da nossa mente - afecto / emoção, cognição / pensamento, volição / motivação -, podemos concluir que a inteligência emocional combina o afecto com a cognição e a emoção com a inteligência.

Como tal, considera a inteligência emocional como a habilidade para utilizar as nossas emoções no sentido de ajudar a resolver problemas e viver uma vida mais efectiva. Conforme refere, inteligência emocional sem inteligência ou inteligência sem inteligência emocional é apenas uma parte da solução, sendo que a mais completa é aquela em que a “cabeça” trabalha com o “coração”.

Tal como outros autores, Caruso (1999) apoiando-se em Mayer & Salovey (1997), defende que inteligência emocional pode ser desenvolvida e aprendida, sendo por isso também passível de ser ensinada.

De acordo com Caruso (1999), a inteligência emocional aumenta o nosso sucesso no trabalho mas, como salienta, tal não o garante na ausência de outras competências igualmente necessárias. Isto é, a inteligência emocional não é o único preditor para o sucesso no local de trabalho, mas apenas uma das suas componentes. Conforme refere, algumas profissões podem requerer inteligência emocional e competência crítica, tal como é o trabalho social, no entanto outras não, como por exemplo, programador de computador.

Em suma, a inteligência emocional ajuda sempre o indivíduo, todavia outras competências são também importantes, tal como o coeficiente de inteligência (QI).

Acerca do modo como a inteligência emocional pode ajudar no nosso trabalho, Caruso (1999), baseando-se nos quatro componentes apresentados por Mayer & Salovey (1997), salienta, e no que diz respeito ao reconhecimento de emoções, competência que considera chave para trabalhar com pessoas, a necessidade de tomar consciência dos nossos sentimentos e emoções bem como das dos outros, para que não fiquemos ofuscados por elas.

No que concerne o utilizar as emoções, enfatiza que as ideias criativas podem surgir da nossa habilidade para gerar os sentimentos ou emoções, e que sentir pelos outros, ter empatia, pode basear-se, em parte, na nossa habilidade para gerar em nós mesmos o sentimento que possuímos das outras pessoas.

Relativamente ao compreender emoções, salienta ser relevante conhecer as motivações das pessoas, compreender os pontos de vista dos outros e as interações nas equipas.

Finalmente, enfatiza a importância de gerir emoções, no sentido de as reconhecer, valorizar e utilizar na resolução de problemas, citando como exemplo a vantagem de se ser capaz de reconhecer a tristeza, a raiva, a ansiedade, para conseguirmos resolvê-las ou reconhecer a alegria e a felicidade de modo a podermos preservá-las.

Por seu lado, Hein (2004) refere que a inteligência emocional é uma verdadeira forma de inteligência que não tinha sido medida cientificamente antes de Mayer e Salovey. De acordo com este autor, apoiando-se em Mayer & Coob (2000), a inteligência emocional pode ser definida como a habilidade para processar informação emocional, particularmente no que se refere à percepção, assimilação, compreensão e gestão da emoção, envolvendo quatro componentes da actividade mental:

- identificação, percepção e expressão emocional, que envolve habilidades como identificar emoções em faces, música e histórias;

- facilitação emocional do pensamento, envolvendo habilidades como relacionar emoções com outras sensações mentais, como seja o utilizar a emoção durante o raciocínio e resolução de problemas (integração das emoções no pensamento);

- compreensão emocional, a qual envolve a resolução de problemas emocionais, tais como conhecer as emoções similares ou opostas bem como as suas relações;
- gestão emocional, que envolve compreender as implicações dos actos sociais nas emoções e a regulação da emoção no próprio e nos outros.

Relativamente à facilidade na compreensão da definição de inteligência emocional proposta por Mayer & Salovey, Hein (2004) coloca algumas questões e propõe duas formas mais simples de a definir: a habilidade mental subjacente à sensibilidade emocional, consciência, e capacidades de gestão, as quais nos podem ajudar a maximizar a nossa saúde, felicidade e sobrevivência a longo prazo; ou de modo mais simples ainda, o conhecer como separar sentimentos de saúde e de não saúde, e como transformar sentimentos negativos em positivos.

Uma distinção entre quociente de inteligência emocional e inteligência emocional é também efectuada por Hein (2004), ao contrário de outros autores que utilizam estes termos de forma permutável. Este autor utiliza o termo inteligência emocional para se referir ao potencial inato de qualquer pessoa, pois acredita que qualquer criança nasce com um certo potencial para a sensibilidade emocional, memória emocional, processamento emocional e capacidade para a aprendizagem emocional, componentes estas que considera constituírem o aspecto central da inteligência emocional de uma pessoa.

Segundo refere, esta inteligência inata pode ser desenvolvida ou reduzida com as experiências de vida, particularmente através dos ensinamentos de pais, cuidadores ou outros, durante a infância e a adolescência, constituindo os resultados destes ensinamentos, o nível de inteligência emocional de uma pessoa. Assim, é possível uma pessoa nascer com elevado nível de inteligência emocional e posteriormente deteriorá-la e, ao contrário, ser inicialmente portador de níveis baixos e desenvolvê-la mais tarde, sendo porém mais fácil perdê-la do que desenvolvê-la (decorrente do princípio que é mais fácil destruir que construir).

Como vimos, existe um certo consenso entre os diferentes autores acerca dos dois tipos de conceitos principais de inteligência emocional, sendo um deles, o mais popular, sobretudo derivado dos trabalhos de Goleman e outros seguidores, e um

outro, fortemente baseado nos trabalhos científicos de John Mayer, Peter Salovey e, mais recentemente, de David Caruso.

Todavia, ambos têm contribuído para a consciencialização actualmente existente sobre a importância da inteligência emocional.

### **A Importância da Inteligência Emocional**

A importância da inteligência emocional tem vindo, como referimos, a ser progressivamente reconhecida tanto a nível académico e científico como a nível dos cidadãos, sobretudo a partir da sua divulgação massiva nos meios de comunicação social, posteriormente à publicação dos livros de Goleman (1995, 1998).

A inteligência emocional tem sido referida na literatura sobretudo como constituindo um factor muito importante para a liderança, mas igualmente relevante para as profissões da área da gestão, da educação, da justiça e da saúde, nas quais se inclui a enfermagem, entre outras.

Por exemplo, Kobe *et al.* (2001), num estudo com o objectivo de conhecer a influência da inteligência emocional e social nas experiências de liderança em estudantes universitários, chegaram à conclusão que ambas estas formas de inteligência contribuíam para a liderança em estudantes universitários, embora a inteligência social aparentasse desempenhar um papel mais importante, quando comparado com o da inteligência emocional.

Os autores afirmam que estes resultados vão de encontro ao proposto por Mayer & Salovey (1993) quando salientam constituir a inteligência emocional uma parte do constructo da inteligência social.

Por seu lado, Bachman *et al.* (2000) desenvolveram dois estudos visando a comparação entre profissionais de cobrança de dívidas em atraso, melhor ou pior sucedidos, e a sua relação com o nível de inteligência emocional.

Os resultados indicaram que os profissionais com níveis mais elevados de inteligência emocional na globalidade avaliada pelo *BarOn Emotional Quotient Inventory*, apresentavam melhor desempenho profissional, com excepção para a



componente empática (níveis elevados de empatia podem conduzir a uma simpatia prejudicial e uma excessiva identificação com o cliente, deixando o profissional mais vulnerável).

Referindo-se à relação da inteligência emocional com a inteligência geral, Caruso (1999) refere que esta não é um substituto para a inteligência e não substitui as competências técnicas, mas pode proporcionar um conjunto de habilidades e competências que podem ajudar a um maior sucesso no desempenho profissional. Segundo refere, para além de competências técnicas, os profissionais necessitam de outro tipo de competências que os ajudem a trabalhar com outros profissionais a implementar soluções para os problemas que lhes compete resolver. A inteligência emocional pode assim ajudá-los a desenvolver e a implementar soluções práticas.

Igualmente, Lam & Kirby (2002), ao explorarem a vantagem da inteligência emocional (avaliada pelo teste *Multifactor Emotional Intelligence Scale* - MEIS -, versão de 1997) para além da inteligência geral, tradicional, no desempenho profissional individual, verificaram que, como esperado, a inteligência geral contribui significativamente como preditor para o desempenho de tarefas cognitivas e que, além disso, a inteligência emocional, na sua globalidade, e em particular as componentes “perceber emoções” (reconhecer a presença e interpretar o significado de vários estados emocionais) e “regular emoções” (controlar as suas emoções e as dos outros) contribuem positivamente para tais desempenhos cognitivos. Contudo, no que se refere à componente “compreender as emoções” (neste estudo definida como sendo a habilidade para descrever as emoções e as suas relações com outras experiências sensoriais num dado contexto social) tal contributo da inteligência emocional, além da geral, não foi verificado.

Ao discutirem as implicações do estudo para o desempenho individual, Lam & Kirby (2002) afirmam acreditar que as emoções específicas experimentadas e a sua interpretação e regulação, além da sua presença por si só, podem influenciar o desempenho de uma tarefa, devido sobretudo ao facto de as ligações entre os sistemas emocional e cognitivo serem mais fortes que em sentido inverso. Todavia, referem, assim que as emoções ocorrem e são reconhecidas pelo sistema cognitivo cerebral, a

habilidade para se concentrar nas emoções que mais contribuem para o desempenho individual ou de equipa, aumenta, desvalorizando as que apresentam menor importância.

Deste modo, dependendo do quanto as emoções são interpretadas como facilitadoras ou dificultadoras da tarefa, a percepção e a regulação das emoções operam, segundo os mesmos autores, através de dois mecanismos de controlo emocionais opostos: precaução ou defesa (*buffering*), que envolve o encapsular e o segregar emoções para que estas não interfiram na tarefa que se está a desempenhar; e o envolvimento pessoal, ou emocional, que reflecte o nível mais elevado de motivação e altos desempenhos, os quais têm sido relacionados com estados de fluxo (*flow*), descritos por Csikszentmihalyi (1990), citado por Lam & Kirby (2002).

Lam & Kirby (2002) concluem, por isso, que as pessoas com níveis elevados de inteligência emocional podem utilizar técnicas de *buffering* para internamente segregarem e encapsularem emoções para que estas não interfiram com o desempenho das tarefas. Conforme referem, uma vez que os indivíduos possuidores de uma inteligência emocional bem desenvolvida são capazes de identificar e controlar as suas próprias emoções e as dos outros, são menos susceptíveis de ficarem neutralizados pelo medo ou ansiedade, serem reféns de emoções negativas, tudo isto com efeitos perniciosos tanto no desempenho individual como no da equipa. Pelo contrário, as pessoas poderão utilizar estes mesmos mecanismos para canalizarem emoções positivas e utilizá-las para atingir o máximo de envolvimento pessoal e de produtividade neles próprios e nos outros.

Outros autores desenvolveram estudos ou publicaram artigos relevando a importância da inteligência emocional em outras áreas, designadamente, no ensino (Kaschub, 2002; Radford, 2002), gestão de serviços de saúde (Mecklenburg, 2001), comunicação social (Jowell, 2003) e serviços de justiça criminal (Manzella & West, 2003), entre outros.

No que se refere à enfermagem, desconhecemos estudos de investigação nesta área (inteligência emocional), embora sejam relativamente frequentes os estudos que versam o papel de diferentes emoções nesta disciplina.

Entre os artigos publicados sobre a importância da inteligência emocional na enfermagem destacamos os de Cadman & Brewer (2001), Hajenow (2001), Simpson & Keegan (2002) e Gould (2003).

Por exemplo, Cadman & Brewer (2001), discorrendo sobre a importância da inteligência emocional para a liderança e prática clínica de enfermagem, e baseando-se em estudos que sugerem não ser esta uma habilidade que se possa desenvolver rapidamente através de programas educativos, enfatiza a necessidade de avaliar na fase de recrutamento dos alunos candidatos ao ensino de enfermagem.

Por seu lado, Simpson & Keegan (2002) descrevem diferentes modos de como a inteligência emocional pode contribuir para a prática de enfermagem, em diferentes áreas, conferindo particular destaque à prática clínica, ao trabalho de equipa, à gestão a diferentes níveis e à formação. Afirmam mesmo que são os enfermeiros que melhor conhecem o poder da interacção humana e frisam que o contacto (*high-touch*), ao contrário da alta tecnologia (*high-tech*) constitui o fundamento de um conjunto de competências inerentes à enfermagem.

Igualmente, Hagenow (2001) apresenta uma reflexão sobre a importância de inteligências múltiplas, incluindo a emocional, para os gestores de cuidados, num ambiente, como o americano, em que a política de cuidados de saúde é mais baseada na democracia económica do que na democracia social. Segundo afirma, os enfermeiros nestes contextos relembram cada vez mais o facto de existir demasiado ruído sobre produtividade e mercado competitivo nas organizações de saúde. Refere mesmo que a inteligência emocional é um pré-requisito fundamental para a liderança transformacional e *empowerment* das pessoas nos cuidados de saúde num clima actual, que caracteriza como sendo demasiado competitivo, conflituoso (*conflict-driven*), consumista, de comunicação e caótico.

Referindo-se especificamente ao ensino e à prática de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica, Gould (2003) disserta sobre a importância e o modo de incorporar os aspectos da inteligência emocional numa prática de cuidados cada vez mais baseada na evidência científica.

Como vimos, não obstante a escassez de literatura de enfermagem no domínio da inteligência emocional, verificámos que a maior parte dos autores e investigadores dos

aspectos inerentes à inteligência emocional, relevam, e demonstram a importância do seu contributo para as áreas sociais.

Por exemplo, e de acordo com Caruso (1999), a inteligência emocional é especialmente importante para as profissões que nos põem em contacto com outras pessoas, nos fazem trabalhar informalmente em equipas ou requerem empatia e compreensão de outros. Conforme refere, sem inteligência emocional a profissão pode tornar-se difícil, mas podemos aprendê-la. Da lista de profissões apresentada por Caruso (1999), adaptada de Yate (1997), a enfermagem é uma das que mais requer inteligência emocional.

No que se refere especificamente às relações interpessoais, Schutte *et al.* (2001) desenvolveram sete estudos sobre a ligação entre a inteligência emocional e as relações interpessoais, designadamente em relação a sete aspectos destas relações (quatro consideradas pedras-chave - empatia, capacidade para auto-monitorização em situações sociais, boas competências sociais e cooperação -, e três índices de relacionamentos de qualidade: afiliação, laços afectivos fortes e relações satisfatórias com outros significativos mais próximos) e as preferências dos participantes pela inteligência emocional dos parceiros.

De um modo geral, os resultados destes sete estudos suportam a asserção de que a inteligência emocional está relacionada com as relações interpessoais. Em dois dos estudos, os autores verificaram que elevados *scores* de inteligência emocional, avaliada pelo *Trait Measure of Emotional Intelligence* de Schutte *et al.* (1998), estavam relacionados com elevados níveis de empatia, na sua componente “perspectivas”, mas não nas vertentes “fantasia empática”, “preocupação empática” e “*distress* pessoal”. Além disso, num destes estudos, elevados índices de inteligência emocional estavam relacionados com elevados níveis de auto-monitorização, ou seja a habilidade de compreender as emoções e os comportamentos dos outros, compreender os contextos ambientais e modificar a sua presença em conformidade.

Em um terceiro estudo, níveis de inteligência emocional elevados estavam relacionados com *scores* elevados de competências sociais, enquanto que num quarto estudo os participantes com maiores níveis de inteligência emocional apresentaram maior número de respostas de cooperação com os seus parceiros.

Os resultados do quinto estudo permitiram concluir que os participantes com níveis mais elevados de inteligência emocional desejaram e experimentaram maiores níveis de inclusão e de afecto, mas não maior controlo nas relações.

Relativamente ao sexto estudo, os autores verificaram que maiores níveis de inteligência emocional estavam associados a maiores níveis de satisfação conjugal.

Os participantes no sétimo estudo antecipavam maior satisfação nas relações com futuros parceiros possuidores de maior inteligência emocional.

Estes resultados são, na perspectiva de Schutte *et al.* (2001), congruentes com os de Mayer *et al.* (1999), os quais evidenciavam a existência de relação entre a inteligência emocional e algumas importantes formas de relacionamento interpessoal, designadamente, a perspectiva empática, a auto-monitorização, boas competências sociais e cooperação.

Estes autores salientam ainda que, não obstante alguns investigadores como Mayer & Salovey (1997) e Schutte *et al.* (1998) terem conceptualizado a inteligência emocional como algo relativamente estável, esta pode ser incrementada através da formação.

Aliás, esta constituiu a boa notícia habitualmente veiculada nos *media* quando se reportavam à importância da inteligência emocional, de resto uma perspectiva partilhada pela maior parte dos autores consultados para este estudo (Goleman, 1998, 2000; Caruso, 1999; Cobb & Mayer, 2000; Cadman & Brewer, 2001; Kaschub, 2002; Radford, 2002), entre outros.

Por seu lado, os trabalhos do investigador português há muito radicado nos Estados Unidos, António Damásio, e colaboradores têm contribuído largamente para uma maior clarificação do papel dos sentimentos e das emoções nos processos de pensamento e de tomada de decisão.

Conforme referem Damásio (2000, 2003) e Bechara *et al.* (1997), certos trabalhos de investigação em laboratório realizados por eles mostraram que a emoção faz parte integrante dos processos de raciocínio e de decisão. Esta circunstância de integração entre cognição e emoção, que Damásio e colaboradores designaram de “hipótese dos marcadores somáticos”, resultou do facto de terem verificado que certas pessoas, possuidoras de um raciocínio normal no seu quotidiano pessoal e profissional,

perdiam a capacidade de tomar decisões racionais, ao ficarem privadas de um determinado grupo de emoções.

Estas pessoas mostravam-se incapazes de tomar decisões racionais ou acertadas, isto é, perderam a capacidade de decidir de modo vantajoso em situações que envolviam risco e conflito, não obstante possuírem o conhecimento do mundo à sua volta e manterem a capacidade para raciocinar de forma lógica durante a resolução de problemas.

Damásio (2000, 2003) e seus colaboradores concluíram, assim, que a redução selectiva da emoção é tão perniciosa para o raciocínio quanto a presença de emoção excessiva e que a emoção bem dirigida parece constituir o sistema de apoio sem a qual a razão não pode funcionar de modo eficaz, evidenciando-se, deste modo, uma forte ligação entre a emoção, a razão e a decisão.

Para Damásio (2003), as pessoas sem qualquer disfunção cognitiva primária, que apresentem falta de empatia e outros defeitos de ressonância emocional, particularmente no que diz respeito às emoções sociais, tais como o embaraço, a simpatia ou a culpa, apresentam dificuldades em tomar decisões, sobretudo em situações de incerteza, embora apresentem capacidade para resolvê-las em situações simuladas. Conforme comenta, estas pessoas podem conhecer as premissas do problema, as alternativas de acção, as consequências das mesmas no imediato e no futuro, bem como podem apresentar uma justificação lógica e plausível para as suas escolhas. Todavia, quando confrontadas com tais situações na realidade, mostram-se incapazes de as resolver de forma vantajosa.

Damásio (2003) explica este fenómeno como sendo devido a uma perturbação ligada às emoções, pois quando estas pessoas são confrontadas com uma determinada situação, e representam mentalmente tanto as opções de acção como os resultados previsíveis para cada uma delas, não conseguem activar as memórias emocionais decorrentes de experiências anteriores, que em situações normais as ajudariam a escolher melhor e mais eficazmente entre diferentes alternativas. Tomam assim decisões em condições de desvantagem emocional que se verificam geralmente desvantajosas, sobretudo em situações de conflito aberto e que se revistam de incerteza relativamente aos resultados no futuro.

Este mecanismo é explicado de modo detalhado no modelo preconizado por Damásio (1995, 2000, 2003). Assim, para este investigador, quando somos confrontados com uma situação que requer uma decisão e a sua inerente emoção, e com a qual nos defrontámos anteriormente, a nossa atenção passa a focar, consciente ou inconscientemente, determinados aspectos do problema, permitindo assim uma melhoria na sua análise. Quando o sinal emocional é apreciado conscientemente, o alarme automático que é produzido, que pode ser sentido sob a forma de alterações do ritmo cardíaco ou contracção intestinal, aponta imediatamente para opções de acção susceptíveis de conduzirem a determinadas consequências. Este sinal emocional, pode levar-nos a evitar escolher soluções que no passado tiveram resultados negativos ou positivos, antes mesmo que o nosso próprio raciocínio tenha aconselhado o contrário.

Tal estímulo emocional assinala as opções de acção e respectivas consequências com uma conotação positiva ou negativa, de acordo com a nossa experiência anterior, reduzindo, deste modo, o espaço de decisão e em conformidade com tais experiências individuais anteriores.

Damásio (2003) salienta no entanto que o sinal emocional não é um substituto do raciocínio, mas antes um seu auxiliar, aumentando a sua eficiência e rapidez. Em certos casos, pode tornar o processo de raciocínio de algum modo supérfluo e a pessoa que faz uma determinada escolha pode não ter toda a consciência deste processo de decisão. Conforme refere, uma pessoa pode intuir uma decisão e colocá-la rapidamente em acção sem se dar conta das etapas intermediárias.

Em suma, à luz deste modelo, o processo de tomada de decisão envolve dois mecanismos complementares, sendo um deles de natureza cognitiva e outro de natureza emocional e sentimental. Estamos pois, conforme refere Damásio (2003), perante a evidência cada vez maior de que a capacidade de decisão, especialmente em situações (reais) de incerteza, é fortemente influenciada pelas vivências emocionais e sentimentais de uma pessoa, estando os planos cognitivos e emocionais fortemente interligados.

Para além da relação entre a inteligência emocional e o processo de tomada de decisão, vários são os autores que as relacionam com outros modos de pensamento,

designadamente, no que se refere à criatividade, à felicidade e ao bem-estar das pessoas.

Por exemplo, Caruso (1999) refere que a inteligência emocional pode contribuir para a geração de ideias novas e criativas no âmbito da solução de problemas. Segundo salienta, uma vez que todos os problemas requerem pensamento criativo para gerar as soluções ideais, a inteligência emocional pode ajudar as pessoas a pensar criativamente de diversas maneiras, tais como, encararem os problemas sob múltiplas perspectivas, terem várias ideias, serem inventivas, gerarem ideias e soluções originais e perspectivar novas soluções.

De acordo com Meynard (1996), o desenvolvimento de competências profissionais dos enfermeiros requer tanto habilidades cognitivas, como psicomotoras e afectivas (emocionais), e May *et al.* (1999) referem que, tal como o pensamento crítico e o pensamento criativo, a componente relacional e afectiva afigura-se um elemento muito importante para tal, no processo de prestação de cuidados.

Igualmente, Tardif & Sternber (1998) estabelecem uma ligação entre estes dois conceitos, ao incluírem elementos de natureza emocional na descrição das características da pessoa criativa.

Por seu lado, Hall (2001) afirma que os enfermeiros necessitam de conhecer o panorama das suas vidas pessoais e profissionais em profundidade, e aos poucos, encontrarem formas de equilíbrio, isto é, precisam de descobrir fontes de alimento, paixão, prazer e alegria nas suas vidas.

De facto, conforme refere McAllister (2003), actualmente sabemos através do movimento da psicologia positiva, que a sobrevivência a situações traumáticas pode fazer as pessoas sentirem-se mais fortes, mais vivas, envolvidas e melhores seres humanos. Com efeito, da observação do modo como a situação traumática de doença afecta as pessoas, este movimento identificou cinco características comuns nas pessoas que ultrapassaram, com sucesso, tal situação: capacidade para resistir e *locus de control* interno, flexibilidade, esperança e suporte social.

Csikszentmihalyi (2000), autor de referência para a “criatividade emocional” e deste movimento da psicologia positiva, considera a dimensão emocional - o entusiasmo - a componente mais forte da criatividade. De acordo com este autor, o



paradigma racionalista (produção e reprodução de afectos) encontra-se cada vez mais ligado ao paradigma da emoção.

Por seu lado, De La Torre (2000) releva a importância da relação para a afectividade e para a felicidade, e salienta a crescente interligação entre a criatividade, o bem-estar, a felicidade, o optimismo e a qualidade de vida. Conforme refere, qualidade de vida é o resultado de uma educação para os valores da socialização, da felicidade e da criatividade. Deste modo, qualidade de vida e nível de vida são conceitos diferentes. A qualidade de vida está no conseguir a plenitude no equilíbrio entre o pessoal, o profissional e o social, entre os tempos de relação, trabalho e descanso, variando com as pessoas, a idade, êxitos ou fracassos, relações afectivas, reconhecimento profissional e integração social.

Este autor desenvolveu o conceito de “sentir pensar”, o qual envolve a dimensão cognitiva e afectiva, sublinha a relação anteriormente referida e destaca o papel da educação emocional. Conforme faz questão de salientar, a educação emocional é pois uma pedra chave na relação entre a criatividade, a felicidade, a saúde e a qualidade de vida.

Para De La Torre (2000), formar para a criatividade é preparar, não só para receber, mas também para dar, é produzir impacto nas pessoas para que deixem a sua marca; é ajudar a ser para que as pessoas encontrem o pleno sentido da vida e a irradiem em forma de felicidade. Educar para a felicidade é tomar consciência do potencial cognitivo e emocional que possuímos, e projectá-lo em direcção aos demais para criar condições de vida satisfatórias. É facilitar a plenitude mediante o desenvolvimento da auto-estima, da autonomia e do auto-controle.

Pelo anteriormente exposto podemos concluir pela crescente importância atribuída à interligação e interdependência entre os sistemas cognitivo e afectivo, bem como à cada vez maior valorização atribuída às múltiplas inteligências, nas quais se incluem, obviamente, a inteligência social e emocional.

Todavia, tratando-se a inteligência de um conceito psicométrico (Morais, 1999), restam ainda algumas dúvidas acerca do modo como avaliar a inteligência emocional.

## **Avaliação da Inteligência emocional**

Ao contrário do existente consenso generalizado acerca da importância da inteligência emocional, no que se refere ao modo como avaliá-la muitas incertezas e algumas discordâncias ainda subsistem, particularmente no que diz respeito à validade e fiabilidade dos testes psicométricos actualmente disponíveis.

Segundo Hein (2004), existem fundamentalmente dois tipos de testes para avaliar a inteligência emocional: os testes que medem habilidades reais e os que se baseiam apenas nas referências feitas pelos participantes. De acordo com este autor, apenas os primeiros devem ser utilizados para efeitos de investigação científica e educação.

Conforme referem Cobb & Mayer (2000), a inteligência emocional, entendida na sua vertente académica, deve preencher certos requisitos para poder ser considerada uma entidade psicológica. Para estes autores, sendo um desses critérios, como para qualquer inteligência, o de que possa ser operacionalizada como um conjunto de habilidades, esta apenas deve ser medida por testes de habilidades, os que solicitam às pessoas para resolverem problemas, e não através dos testes do tipo *self-report*, em que estas são convidadas a referir como julgam que os iriam resolver.

Apoiando-se em Mayer-Salovey-Caruso (2000), Cobb & Mayer (2000) referem que a evidência sugere a não existência de correlação entre ambas aquelas formas de avaliação da inteligência emocional. Semelhante opinião é partilhada por Hein (2004) ao afirmar que a avaliação por meio deste tipo de testes é como pretender determinar a capacidade de uma pessoa para dactilografar, através da opinião por ela expressa (*self-report*) ou através da observação dessa mesma pessoa no desempenho real desta actividade (habilidades).

Com efeito, da revisão da literatura que efectuámos sobre a avaliação da inteligência emocional, pudemos verificar que, não obstante a existência de múltiplos testes para a avaliação da inteligência emocional, apenas encontramos algum consenso relativamente à validade e relativa fiabilidade dos testes desenvolvidos por John Mayer e Peter Salovey e, mais recentemente, por David Caruso.

Por exemplo, Cobb & Mayer (2000) e Hein (2004) afirmam que os testes actualmente existentes para avaliar a inteligência emocional baseados em habilidades são apenas o Multifactor Intelligence Scale (MEIS) e a sua posterior versão (ainda não

disponível comercialmente), o Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT), ambos destinados à avaliação das quatro áreas da inteligência emocional.

Como testes do tipo *self-report*, Hein (2004) refere como mais conhecidos, o Emotional Competence Inventory (ECI 360) de Daniel Goleman e o Bar-On's EQ Inventory (EQi). No entanto, questiona a limitação deste género de testes na avaliação da inteligência emocional.

Não obstante o anteriormente referido, e de acordo com Caruso (1999), a inteligência emocional é um conjunto de habilidades ou competências (*skills*) que, como vimos, pode ser definida e, por conseguinte, medida com algum grau de confiança.

Referindo-se ao teste MEIS, o autor afirma que através deste é possível medir os quatro ramos da inteligência emocional, tal como definida por Mayer & Salovey e, além disso, obter um *feedback* em cada um dos seis subconjuntos separados de inteligência emocional.

Trata-se de um teste composto por quatro subescalas cujos valores podem ser considerados individualmente ou para a totalidade dos *scores* da inteligência emocional.

Para Caruso (1999), os resultados obtidos por cada participante podem ser comparados com os constantes do diagrama que o acompanha, contendo os valores de referência para cada uma das subescalas e respectivas componentes.

Assim, na componente identificar emoções, teremos os valores obtidos nas partes do teste "faces" (parte 1), em que os participantes são convidados a assinalar numa escala de cinco pontos a intensidade das emoções que os rostos das pessoas das fotografias apresentam, pretendendo medir a habilidade para perceber exactamente, avaliar e expressar emoções, e "histórias" (parte 2), referente às emoções que a pessoa de cada uma das três histórias está sentindo, destinando-se a medir a habilidade para perceber exactamente, avaliar e expressar emoções.

Na componente utilizar emoções (parte 3) - sentimentos -, os participantes são incentivados a produzir determinadas emoções e a assinalar o nível que mais se adequa aos seus sentimentos nesse momento, pretendendo medir a habilidade para aceder ou gerar sentimentos quando estes facilitam o pensamento.

Uma terceira componente, compreender emoções, que corresponde aos valores obtidos em “definições” (parte 4 a) e b) do teste), que se destina a avaliar a habilidade para entender a emoção e o conhecimento emocional, respectivamente, e em “perspectivas” (parte 5), na qual os participantes são convidados a indicar o modo como duas pessoas das histórias apresentadas iriam sentir-se, pretendendo determinar a habilidade para apreender as emoções sob múltiplos pontos de vista.

Por fim, temos a componente gerir emoções (parte 6), na qual os participantes são solicitados a indicar a efectividade de cada uma das acções empreendidas para cada uma das situações apresentadas no teste, destinando-se a medir a habilidade para regular as emoções e promover o crescimento emocional e intelectual.

No referido diagrama para cotação do teste, Caruso (1999) apresenta igualmente os intervalos de valores de referência para o total dos *scores* obtidos em todas estas subescalas, agrupando-os em cinco níveis: muito elevado, elevado, médio, baixo e muito baixo, recomendando que os resultados de cada teste sejam comparados com estes intervalos de valores, os quais, refere, foram obtidos a partir dos resultados das muitas pessoas que efectuaram anteriormente o teste.

Ao efectuar uma análise das potencialidades de cada uma das componentes do teste, e no que concerne à componente do teste destinada a identificar expressões emocionais em rostos de pessoas (ler emoções em faces e histórias emocionais, parte 1 e 2), Caruso (1999) parte do pressuposto de que o primeiro e mais básico aspecto da inteligência emocional envolve o reconhecer e identificar correctamente emoções nas pessoas à nossa volta, e considera-a muito importante e adequada. De acordo com este mesmo autor, a resposta às situações depende muito da leitura emocional que dela fazemos. E responder-lhes judiciousa e inteligentemente e de forma solícita tem importantes consequências para o nosso relacionamento com os outros. Segundo salienta, esta é a parte da inteligência emocional que se refere à habilidade para compreender o modo como as pessoas reagem em diferentes situações emocionais, ou seja, a capacidade de ler nas entrelinhas emocionais.

Relativamente a utilizar as emoções (parte 3), Caruso (1999) afirma que, gerar e raciocinar com emoções - sinestesia - significa ser capaz de produzir um sentimento e depois utilizá-lo para com ele raciocinar, resolver problemas ou pensar de modo criativo.

Além disso é de opinião de que utilizar as emoções permite-nos compreender e motivar os outros, através do tornar as emoções acessíveis, envolver-se em perspectivas múltiplas que podem ajudar no planeamento e nas actividades que são facilitadas pelas emoções. Apresenta como exemplo o trabalho lento quando nos sentimos neutros ou em baixo ou o *brainstorming* criativo de actividades quando nos sentimos felizes.

De acordo com Caruso (1999), se pontuamos alto nesta componente (utilizar emoções), podemos ser capazes de encorajar um processo de tomada de decisão de “mente aberta”, planear e originar ideias considerando pontos de vista múltiplos. Além disso, refere, podemos gerar entusiasmo para um projecto, criar energia, dinamizar e motivar um grupo e a nós próprios. Referindo-se à importância das emoções para a criatividade refere que, por vezes, a melhor utilização do nosso cérebro é não bloquear os nossos sentimentos, mas utilizá-lo para nos inspirarmos. E em relação à decisão, baseando-se em Mayer *et al.* (1999) e em Salovey (1999), refere que os sentimentos podem influenciar o modo como nós pensamos, nos lembramos e tomamos decisões.

Na componente do teste compreender as pessoas ou o que lhes causa as emoções (parte 4 a) e b), e parte 5), Caruso (1999) afirma que compreender as emoções significa ser capaz de pensar acertadamente acerca dessas emoções, envolvendo conhecer que é possível sentir vários sentimentos, ainda que sejam conflitantes em certas situações. Envolve, ainda, compreender cadeias emocionais ou o como as emoções mudam de estádios e conhecer as pessoas sob diferentes pontos de vista. Apoiando-se na premissa de que os pensamentos e os sentimentos estão muito interligados, Caruso (1999) enfatiza a necessidade de sermos bons observadores das nossas emoções e das dos outros.

Por fim, e no que diz respeito à componente do teste gerir emoções (parte 6), afirma que grandes pensamentos e acções são muitas vezes inspirados nas nossas emoções, mas que é necessário equilibrar o pensamento e o sentimento, ou seja, gerir as emoções, pois estas são muito importantes quando se encontram em equilíbrio. Conforme refere, gerir as emoções significa sentir os nossos sentimentos e utilizá-los de forma judiciousa, em vez de simplesmente actuar sem neles pensar. De acordo com Caruso (1999), esta componente do teste mede a habilidade para sentir uma emoção e combinar o pensamento com esta emoção, visando a tomada da melhor decisão

possível e o empreender a acção mais efectiva. O autor refere ainda que, o *coping* focalizado na emoção e na resolução do problema, são formas igualmente importantes.

Trata-se, pois, de um teste relativamente fácil de aplicar, cotar e interpretar. No entanto, os autores recomendam alguma prudência na comparação individual dos resultados.

Hein (2002), por seu lado, também refere que o teste MEIS e a sua versão mais actual, o MSCEIT, embora ainda não disponível no mercado, são os únicos testes de inteligência emocional que são recomendados. Acredita que os mesmos medem as habilidades das pessoas no que concerne o processamento de informação emocional, ao contrário de outros testes que têm sido referidos como susceptíveis de medir a inteligência emocional. Neste sentido está de acordo com o consenso geral existente na comunidade científica de que esses outros testes são sobretudo novas formas de testes de personalidade, não estando por isso a medir algo de novo.

De acordo com Hein (2002), outros testes susceptíveis de medirem a inteligência emocional encontram-se disponíveis, dos quais destaca, conforme mencionámos, o Daniel Goleman Emotional Competence Inventory (ECI 360) e o Reuvon Bar-On's EQ Inventory (EQi). No entanto refere que nenhum destes testes possui os requisitos de um teste de inteligência emocional. Acerca destes mesmos testes, o autor é de opinião de que estes não medem a habilidade real (actual) de uma pessoa, avaliando apenas aspectos da sua personalidade os quais já eram passíveis de determinar através dos testes de personalidade existentes.

Para Hein (2002), desde 1990, Mayer e seus colegas têm vindo a encontrar formas de incrementar a validade e fidelidade dos seus testes e, tal como outros, nos últimos anos têm procurado comparar os sucessivos resultados com os obtidos através de testes para avaliar traços de personalidade e inteligência tradicional, suportando assim a evidência de que estão realmente a medir uma nova forma de inteligência. Hein (2002) refere no entanto, que estes autores têm sido muito cautelosos neste trabalho, estando mais interessados na investigação para a compreensão da natureza humana.

Posteriormente, Hein (2004) chama ainda a atenção para a ideia de que a inteligência é potencial. Conforme refere, a palavra habilidade, em si mesma, pode ter dois significados, sendo que o primeiro pode significar uma habilidade ainda não

desenvolvida, e o segundo um potencial que pode ser incrementado, demonstrado, avaliado ou testado. No entanto, num dado momento, este potencial puro não pode ser medido, razão pela qual o MEIS e o MSCEIT focam apenas a segunda forma de habilidade.

Uma outra preocupação demonstrada pelo autor tem que ver com o medir a facilitação emocional do pensamento e a gestão emocional, com testes de caneta e papel. Segundo refere, a equipa de Mayer, Salovey & Caruso argumenta que os seus testes apenas medem alguns daqueles aspectos, mas Hein (2004) considera ser difícil conhecer o quanto os resultados dos testes reflectem a habilidade concreta nas situações da vida real ou quando em situações de extremo stress. Conforme observa, são estas as situações em que uma inteligência emocional bem desenvolvida pode ser mais importante.

Em suma, não obstante os métodos actualmente disponíveis para avaliar a inteligência emocional como entidade particular de entre outras formas mais tradicionais de inteligência carecerem de aperfeiçoamento, existe algum consenso entre diferentes autores acerca da maior importância dos testes de habilidades, quando comparados com os do tipo *self-report*.

Além disso, verifica-se uma maior adequação, validade e fidelidade dos testes desenvolvidos por Mayer-Salovey-Caruso - MEIS -, e a sua nova versão, o MSCEIT, ainda não disponível a nível comercial.

Com este subcapítulo, concluímos, assim, a primeira parte deste trabalho, destinada sobretudo ao enquadramento teórico do problema em estudo, no qual abordamos designadamente o processo de prestação de cuidados e de tomada de decisão de enfermagem, bem como os factores susceptíveis de os influenciar. De entre estes, prestámos uma maior atenção aos elementos, pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional, por se constituírem em variáveis independentes do nosso estudo.

Antes de passarmos à fase empírica iremos apresentar, no capítulo que se segue, a metodologia utilizada na presente investigação.

## **2. METODOLOGIA**

Neste capítulo iremos descrever o modo como planeámos e realizámos as etapas metodológicas do estudo, as quais visaram obter resposta às questões de investigação e à hipótese que pretendemos testar. Nele abordaremos ainda a forma como procurámos controlar potenciais factores susceptíveis de enviesarem os resultados. Na perspectiva de Fortin (2000), apresentaremos o “desenho de investigação” ou plano geral para a investigação (Dempsey & Dempsey, 1999).

Faremos ainda referência aos paradigmas desta investigação, ou seja, à perspectiva ou orientação filosófica subjacente ao seu processo de desenvolvimento.

### **2.1. TIPO DE ESTUDO**

Para responder às questões de investigação e testar a nossa hipótese, decidimos adoptar, em momentos diferentes, paradigmas metodológicos distintos embora não necessariamente dicotómicos: paradigma qualitativo e quantitativo (Lessard-Hébert *et al.*, 1994; Clark, 1998; Dempsey & Dempsey, 2000; Speziale & Carpenter, 2003).

Como nos referem Morse & Field (1998), o paradigma de investigação qualitativo, ao contrário do quantitativo, deve ser utilizado quando estamos perante um fenómeno em relação ao qual existe ainda pouco conhecimento, quando o investigador suspeita que o conhecimento ou as teorias existentes sejam de algum modo contraditórios ou quando o problema de investigação pretende compreender ou descrever um dado fenómeno ou evento acerca do qual se recomenda maior investigação.

Contudo, Lessard-Hébert *et al.* (1994), Streubert & Carpenter (1995), Linkoln (1997), Clark (1998), Shih (1998), Dempsey & Dempsey (2000) e Speziale & Carpenter (2003), salientam que a dicotomia entre os métodos qualitativos e quantitativos ou positivistas está a ser cada vez mais ultrapassada, dando lugar a uma reconciliação entre aqueles paradigmas, sobretudo após o aparecimento da corrente post ou néo-positivista. Alguns destes autores apresentam como exemplos os conceitos de métodos de investigação por triangulação, que combinam mais de um método ou utilizam diferentes



técnicas, os quais são cada vez mais recomendados, no sentido da obtenção de uma maior diversificação e complementaridade das abordagens para melhor compreensão dos fenómenos em estudo.

No que concerne especificamente aos tipos de investigação e níveis de conhecimento, Fortin (2000) refere a existência de duas categorias principais: exploratório-descritiva e a explicativa-preditiva, entre as quais se poderão situar vários tipos de estudo, cuja selecção é determinada pelo nível de conhecimentos num determinado domínio. Todavia, a autora salienta a falta de consenso existente no que concerne à forma de classificar os trabalhos de investigação.

Ainda de acordo com esta autora, os estudos descritivos situam-se nos dois primeiros níveis, sendo que os estudos de nível II são utilizados quando a bibliografia se verifica variada no domínio escolhido e a principal questão prevê a existência de relação entre factores. Os de nível III e IV, por seu lado, são empregues quando a bibliografia deixa antever a existência de uma associação entre variáveis ou se pretende a verificação de hipóteses causais.

No que se refere ao presente estudo, este desenvolveu-se fundamentalmente em duas fases. Uma primeira, que decorreu durante o ano de 2000 e primeiro trimestre de 2001, a qual se destinou a definir e ajustar quatro aspectos fundamentais: definição da amostra do ponto de vista quantitativo e qualitativo, de acordo com as variáveis básicas ou comuns seleccionadas; selecção, aquisição, estudo e adaptação dos instrumentos de avaliação das variáveis independentes; condições de aplicação dos instrumentos; construção, adequação e validação dos meios de observação e de avaliação do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem - variável dependente.

A segunda fase versou sobretudo o trabalho de campo, durante o qual procedemos à recolha dos dados com utilização de várias técnicas e à sua organização, análise e interpretação preliminares, bem como procedemos à testagem da Hipótese de Investigação, à discussão dos resultados e à elaboração do respectivo relatório.

Trata-se pois de um estudo do tipo exploratório-descritivo, com triangulação múltipla: de métodos, dados e técnicas de análise de dados, (Begley, 1996 a e b);

Connelly *et al.*, 1997; Shih, 1998; Flick, 1998; Cutcliff & McKenna, 1999; Dempsey & Dempsey, 1999; Maggs-Rapport, 2000; Foss & Ellefsen, 2002).

Como métodos de investigação seleccionámos a micro etnografia (Spradley, 1980) ou etnografia focalizada - conhecíamos antes os aspectos que iriam ser observados (Morse & Field, 1998) - e a aplicação de testes de avaliação do pensamento crítico, criativo e inteligência emocional (Watson & Glaser, 1980; Oliveira, 1992; Mayer *et al.*, 1997).

Foram ainda utilizadas a gravação da verbalização concorrente do pensamento (Ericsson & Simon, 1993), a técnica do incidente (acontecimento) crítico (Flanagan, 1954; Kemppainen, 2000; Lucker *et al.*, 2000), e a entrevista etnográfica (Spradley 1978, 1980).

Neste relatório utilizámos o termo qualitativo/a com diferentes significados: quando reportando-se ao paradigma, como sinónimo de construtivista, naturalista ou indutivista; quando inerente ao desenho / metodologia e ao tipo de técnica de colheita de dados ou tipo de dados, em oposição ao termo quantitativo.

Para as opções metodológicas considerámos o modelo quadripolar, descrito por Lessard-Hébert *et al.* (1994), baseado no modelo de De Bryne *et al.* (1975). De acordo com os autores, este modelo “de tipo topológico (e não cronológico) que representa o sistema de base de uma investigação científica articula-se em volta de quatro pólos ou instâncias metodológicas, cuja interacção constitui o aspecto dinâmico da investigação” (ibid. p.16). São pois os pólos epistemológico, teórico, morfológico e técnico que, interligados, orientam a dinâmica e as diferentes opções a tomar no decurso do processo de investigação qualitativa, e “são utilizados como grelha de análise e de organização das diferentes vertentes das metodologias qualitativas”.

## 2.2. UNIVERSO

Universo ou população é o grupo total de pessoas ou objectos que possuem em comum um determinado conjunto de características estabelecidas pelo investigador (Seaman, 1987; Polit & Hungler, 1994; Reis *et al.*, 1996; Fortin, 2000).

Assim, o universo deste estudo foi constituído pelas enfermeiras do nível I, com a categoria de enfermeiro ou enfermeiro graduado (DI nº 437/91, de 8/11 e DI nº 412/98, de 30/12) de um Centro Hospitalar, em exercício de funções em unidades de Medicina.

### 2.3. AMOSTRA E PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM

Amostra poderá ser definida como o conjunto dos sujeitos que, possuindo as características do universo, foram seleccionados para participar no estudo, através de um conjunto de critérios de selecção (Fortin, 2000).

Na investigação quantitativa, a representatividade da amostra em relação à população assume particular importância. Porém, nos estudos qualitativos, mais importante que a sua representatividade é o processo pelo qual os participantes são seleccionados.

Embora o processo de amostragem seja variável consoante os diferentes desenhos qualitativos (Morse & Field, 1998), este poderá influenciar significativamente a qualidade dos resultados da investigação (Coyne, 1997).

Segundo Coyne (1997), os investigadores nesta área têm sido criticados pela não descrição das estratégias da amostragem em suficiente detalhe, talvez por tratar-se de um processo que na sua opinião é bastante complexo e sobre o qual existe alguma confusão, particularmente no que concerne a amostra intencional e a teórica. Conforme refere, na pesquisa qualitativa, todo o processo de amostragem é intencional, mas nem todas as amostras são teóricas.

Para esta autora, o processo de amostragem teórico é o processo de colheita de dados no qual o investigador simultaneamente recolhe, codifica e analisa os dados para decidir que dados colher numa próxima vez. Corresponde portanto ao processo de amostragem referido por Morse & Field (1998) como sendo inerente ao método da teoria fundada ou enraizada (*grounded theory*) de Glaser & Strauss (1967).

Assim, para este estudo, foram inicialmente definidos critérios de inclusão, no sentido de manter sob controlo algumas das variáveis referidas na literatura como susceptíveis de influenciar o processo de decisão clínica de enfermagem e permitir efectuar procedimentos estatísticos inferenciais (testes de correlação, de diferença entre médias, etc.). Tivemos ainda a preocupação em garantir a homogeneidade da amostra (Fortin, 2000), ou seja, procurar controlar as variáveis estranhas susceptíveis de modificar os resultados da investigação, incluindo naquela apenas as participantes com as seguintes características:

- 20 a 30 participantes (número considerado aceitável para utilização da estatística indutiva ou inferencial (McAlpine *et al.*, 1997; Anthony, 1999)
- Sexo feminino
- Idade aproximada
- Curso de Bacharelato em Enfermagem
- Três a cinco anos de exercício profissional em Unidades de Medicina
- Exercício de funções no mesmo Hospital
- Contextos das Unidades Idênticos – 3 Unidades de Medicina
- Mesmo tipo de utentes
- Metodologias de trabalho idênticas
- Tempo mínimo de contacto com o utente (número e tipo de turnos)
- Nível de conhecimento e intimidade do utente (Colheita de dados / Enfermeira Responsável) – Mínimo de turnos com a utente.
- Não frequência do Complemento de Formação ou de outra Formação Superior

Contudo, à medida que fomos efectuando a aproximação ao campo, verificámos que com a aplicação destes critérios às enfermeiras das três unidades ficávamos com um número insuficiente de elementos. Apenas considerando o alargamento às colegas que se formaram em Abril de 1996 e que completavam cinco anos durante o ano de colheita de dados perfazíamos um total de 20 participantes.

Posteriormente, uma vez no terreno e mais próximo da data de início da observação individual, sentimos necessidade de seleccionar mais algumas enfermeiras, para termos

uma margem de segurança confortável, pois algumas destas poderiam adoecer, desistir ou recusar a participação em qualquer dos métodos de recolha de dados (ex: testes).

Para tal considerámos duas alternativas: Incluir as colegas com mais ou com menos seis meses de experiência.

Para ambas possuíamos argumentos favoráveis. Optámos por esta última, uma vez que com a primeira, apenas incluiríamos mais uma participante, enquanto que com esta teríamos mais seis, perfazendo um total de 27. Igualmente verificámos que estas enfermeiras tinham realizado estágios, incluindo o de integração à vida profissional, nos serviços de medicina, pelo que considerámos equivalentes aos experientes com três anos de experiência profissional, como referido na literatura (Benner *et al.*, 1996; O'Neil & Dluhy, 1997; King & Clark, 2002).

Além disso, a duração da prática clínica no início da profissão tem maior poder de influência no processo de prestação de cuidados, talvez pela preocupação das pessoas com a aculturação nesta fase, do que após alguns anos de experiência profissional. Ou seja, pequenos períodos diferenciais produzem provavelmente maiores diferenças nos níveis de competência (Watson, 1994).

Definitivamente, não foi também aceite a participação de colegas visivelmente grávidas com parto previsto para o período de observação directa individual (havia uma potencial participante) uma vez que a gravidez poderia influenciar o seu desempenho ou aumentar o risco de faltar ao serviço.

Igualmente optámos por não considerar a participação das colegas com experiência profissional noutros serviços (Consulta Externa, Centros de Saúde, etc.)

No que se refere às utentes e ao tempo de contacto com a enfermeira, tivemos de abandonar o critério de ser enfermeiro responsável e ter efectuado a colheita de dados inicial, pela dificuldade em encontrar um número de utentes aceitável. Porém, tivemos em consideração, aquando da gravação concomitante do pensamento verbal junto da utente, que as colegas tinham estado com a maior parte das suas utentes durante pelo menos um turno de manhã ou de tarde, e que estas estavam internadas devido a situações de doença, isto é, não estavam com alta médica.

Esta escolha deveu-se ao facto de nestes turnos, sobretudo no turno da manhã, haver maior oportunidade de interacção com as utentes e, por isso, maior intimidade e conhecimento destas por parte das enfermeiras.

Até então, as observações foram realizadas em todo o contacto com qualquer utente.

Em síntese, neste estudo, a amostra foi do tipo intencional, não teórica, ou seja, foi seleccionada antes de procedermos à análise de dados (Coyne, 1997; Thompson, 1999 b), e foi constituída por 27 enfermeiras, que possuíam o grau académico de bacharel em enfermagem, formadas na mesma escola, com semelhante experiência profissional e idade aproximada.

## **2.4. VARIÁVEIS EM ESTUDO**

Para Fortin (2000, pg. 36), “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas, ou de situações que são estudadas numa investigação”, as quais poderão assumir diferentes valores. De acordo com a autora, as variáveis poderão ser classificadas segundo o modo como são utilizadas numa investigação, sendo as mais comuns, as variáveis de atributo (demográficas), independentes e dependentes, e as estranhas.

### **2.4.1. VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS (ATRIBUTO)**

Neste estudo, para além das outras variáveis básicas anteriormente referidas no processo de selecção da amostra, considerámos fundamentalmente as seguintes variáveis demográficas: idade, antiguidade profissional, estado civil e tempo de realização dos testes psicométricos.

### **2.4.2. VARIÁVEL DEPENDENTE**

A variável dependente ou explicativa, ou seja, aquela que é manipulada pelo investigador, neste estudo, constituiu o processo de tomada de decisão clínica de

enfermagem. Foi obtida através dos métodos qualitativos e posteriormente operacionalizada em dois padrões diferenciais, A e B, emergentes da análise qualitativa do conteúdo dos registos de notas de campo, entrevistas, e verbalização concorrente e retrospectiva do pensamento, cujo processo se encontra descrito mais pormenorizadamente no subcapítulo 3.1.3.

### **2.4.3. VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

Como variáveis independentes considerámos os Padrões de Habilidade Cognitiva, operacionalizados, neste estudo, através dos *scores* obtidos pelas participantes nos testes de avaliação do Pensamento Crítico (Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA) - Form A, de Watson-Glaser, 1980)), Pensamento Criativo (Torrance Test of Creative Thinking (TTCT) – Tradução Portuguesa – Teste Pensando Criativamente, Versão A – Forma Verbal – Traduzido e Aferido para Portugal por Maurícia Oliveira (1992)) e Inteligência Emocional (Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) de Mayer-Salovey-Caruso (1997)).

### **2.5. HIPÓTESE**

De acordo com Dempsey & Dempsey (2000), Fortin (2000) e Balnaves & Caputi (2001), a predição da relação entre as variáveis exprime-se pela formulação da hipótese, definindo-a como “um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis” (Fortin 2000, p.102), constituindo uma resposta plausível para os problemas de investigação.

Assim, neste estudo foi definida a seguinte hipótese: Os padrões de tomada de decisão clínica de enfermagem variam em função de padrões de habilidade cognitiva diferenciais.

## **2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

No presente estudo foram utilizadas fundamentalmente quatro técnicas de recolha de dados: a observação, a entrevista (etnográfica, informal e semi-estruturada), a gravação da verbalização do pensamento durante o processo de prestação de cuidados, para medir a variável dependente (padrões de decisão), e a aplicação de três instrumentos (testes psicométricos), para medir as variáveis independentes (padrões de habilidade cognitiva).

Tivemos ainda em consideração alguns incidentes ou acontecimentos críticos, na perspectiva de (Flanagan, 1954; Kemppainen, 2000; Lucker *et al.*, 2000), os quais constituíram por vezes o ponto de partida para a entrevista no decurso da observação do processo de prestação de cuidados das participantes.

### **2.6.1. TÉCNICAS UTILIZADAS PARA MEDIR A VARIÁVEL DEPENDENTE**

Como referimos, a variável dependente neste estudo, processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, foi estudada sobretudo através dos seguintes métodos: observação, entrevista e obtenção de gravações de verbalização concorrente do pensamento das participantes.

Numa primeira etapa de aproximação ao campo, procedemos ao estudo, adequação e validação dos meios de observação, registo e de avaliação do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, tendo sido utilizados contextos reais, como preconizado por Watson (1994), Radwin (1995 a e b), Roberts *et al.* (1996), Ellis (1997), Offredy (1998), Thompson (1999 a e b), Greenwood *et al.* (2000), entre outros.

Partimos assim para uma observação geral dos contextos, participantes, acessos, focalizando progressivamente a nossa atenção nas interações das enfermeiras com as utentes, familiares ou pessoas significativas, decisões clínicas de enfermagem em geral e as tomadas por cada participante, em particular, e por fim, a par da observação, efectuámos entrevistas e procedemos à gravação das verbalizações do pensamento durante o processo de prestação de cuidados às utentes.



Durante todo este percurso, tivemos a preocupação em recolher dados para a avaliação do processo de decisão clínica e não o seu produto.

Contudo, por vezes, constatámos alguma dificuldade em delimitar estes aspectos. Obtivemos assim alguns dados que, não obstante inerentes ao processo de prestação de cuidados, poderiam ser reveladores de alguns aspectos de natureza qualitativa deste e, por conseguinte, indicadores de seu resultado.

Todavia, não foram tidos em consideração por não fazerem parte dos objectivos do presente estudo.

#### **2.6.1.1. A Observação**

A observação configurou a principal fonte de dados para a descrição da variável dependente deste estudo. Constituiu uma atitude permanente do investigador durante o trabalho de campo, desde a etapa inicial de aproximação, de carácter mais abrangente, à focalização progressiva efectuada no que se refere às participantes e aos processos observados.

A participação do investigador foi mínima, na maior parte das situações, pelo que a classificámos, segundo Morse & Field (1998), em observação do tipo observador como participante.

O processo de observação participante foi efectuado de forma paulatina e gradual, iniciando-se por uma aproximação ao campo de observação para um maior e melhor conhecimento dos contextos, culturas, autores, situações de decisão e facilitação da interacção (informalidade) com as participantes.

Posteriormente, equacionámos a possibilidade de elaboração de um guia de observação do tipo misto, construído após uma primeira etapa de observação no local onde se realizou a colheita de dados. No entanto, no decurso do trabalho, decidimos prescindir deste guia, uma vez que a selecção dos aspectos a observar foram construídos à medida que analisávamos os dados e observávamos o comportamento das participantes. Foi um processo, como referimos, progressivo, não sendo por isso necessário qualquer instrumento formal, estruturado, para o efeito.

Esta observação teve como principal objectivo conhecer o que, como e quando fazem ou decidem os enfermeiros e definir os critérios que permitissem identificar as situações de cuidados passíveis de captação do processo de raciocínio subjacente.

Numa segunda etapa prosseguimos a observação, desta vez mais individualizada e com maior focalização, realizada em determinados momentos ou situações de cuidados, com registo de notas de campo, notas metodológicas, comentários do observador, diário de campo, acontecimentos críticos, a par da verbalização concorrente do pensamento, entrevista, consulta de documentação clínica, entre outros (triangulação de dados).

### **2.6.1.2. A Entrevista**

Neste estudo privilegiámos o conceito de entrevista etnográfica que, de acordo com Spradley (1979), configura, sobretudo, um evento de conversação afável com as participantes (*speech event*).

Nesta conformidade, foram efectuadas entrevistas informais ao longo do trabalho de campo, de modo concomitante com a observação, na maior parte das vezes, e noutras realizadas o mais próximo possível do local e hora do aspecto ou acontecimento a esclarecer.

As entrevistas destinaram-se sobretudo à obtenção do raciocínio de alguns elementos do processo de prestação de cuidados observado, de modo retrospectivo – (verbalização retrospectiva), ou a esclarecer outros aspectos do mesmo.

Em alguns momentos imprimimos alguma estruturação, sempre que se tratava de questões previsíveis e que eram comuns às participantes, como por exemplo, as suas opiniões no pós gravação da verbalização do pensamento, as bases da organização do trabalho, entre outros.

Em suma, podemos assim referir que a entrevista do tipo etnográfico, informal, foi a mais utilizada no sentido de obtermos a verbalização retrospectiva, durante ou logo após a observação. Com ela pretendemos ainda verificar como pensam (que pensam) as participantes quando decidem e porquê, a tomada de consciência das decisões, os aspectos (informação) mais relevantes para a tomada de decisão (*cue recall*), entre outros esclarecimentos.

### **2.6.1.3. A Verbalização Concorrente do Pensamento**

A utilização da técnica de “verbalização do pensamento” ou “pensar em voz alta” (*think aloud technique* ou simplesmente *verbal protocol*) aquando da resolução de problemas ou durante o processo de tomada de decisão tem sido largamente utilizada nos estudos desta temática desde há muitos anos. Fonteyn (1998) refere que até aos princípios deste século a mente humana era geralmente considerada inacessível à compreensão numa perspectiva científica. Segundo a autora, esta técnica que permite revelar o pensamento do sujeito no momento em que ocorre, foi pela primeira vez utilizada em 1920 e, sobretudo a partir dos anos 50, tem-se tornado mais popular. Na enfermagem existem vários estudos que a utilizaram em conjunto ou não com as simulações (Tanner *et al.*, 1987; Itano, 1989; Cholowski & Chan, 1992; Tschikota, 1993; Watson, 1994; Greenwood & King, 1995; Crow, 1997 a e b); Cioffi & Markham, 1997; Fonteyn, 1998, Greenwood *et al.*, 2000; Offredy, 2002, entre outros)

De acordo com Ericsson & Simon (1993), autores que nos serviram de referência, conjuntamente com os já referidos, existem fundamentalmente dois modos ou tipos de protocolos verbais: a verbalização concorrente, no qual o processo decorre em simultâneo com a tarefa solicitada, e a verbalização retrospectiva, em que se solicita aos sujeitos para recordarem e verbalizarem o seu raciocínio após a realização da actividade. Estes autores, embora recomendem a verbalização concorrente, afirmam que nenhuma destas modalidades influencia a sequência do pensamento. As verbalizações do pensamento apenas tendem a alongar o tempo para atingirem as soluções devido ao tempo requerido para as verbalizações. Contudo, na área de enfermagem e não só, são reconhecidas algumas limitações desta técnica (Watson, 1994; Radwin, 1995 a); Roberts *et al.* 1996; Aitken & Mardegan, 2000; Taylor, 2000; Daly, 2001)

No nosso estudo o raciocínio das participantes foi obtido, sobretudo, de modo concorrente, através da utilização de um microgravador áudio digital de pequenas dimensões e de um microfone de lapela, que estas utilizaram durante o processo de prestação de cuidados às utentes.

A verbalização do pensamento foi utilizada durante sequências de prestação de cuidados às utentes, no sentido de, sobretudo, identificar o processo cognitivo (Ericsson & Simon, 1993) através da verbalização concorrente, isto é, após identificação do tipo de situação de decisão a verbalizar no momento em que ocorria e na presença do investigador. Esta presença destinava-se a recordar a necessidade de falar alto, a observar decisões intuitivas, ou acontecimentos críticos e a colher dicas para a entrevista, entre outros.

Neste sentido, na segunda fase do trabalho de campo, iniciámos os contactos individuais com as participantes com vista a obter o seu consentimento informado para utilizarem o gravador durante o processo de prestação de cuidados (sequência de intervenções), verbalizando alto o seu pensamento.

A todas foi efectuada uma explicação e uma preparação prévia para a técnica, como preconizado por (Ericsson & Simon, 1993), a qual consistiu na realização de um breve exercício de cálculo mental do produto de dois factores de dois dígitos, por exemplo 44 vezes 11, com verbalização do respectivo raciocínio antes de iniciarem a sequência de cuidados.

A cada participante foram explicados os objectivos do método, os seus benefícios e as suas implicações para os utentes e enfermeiros, e pedido sigilo acerca dos procedimentos. Foi igualmente garantido às participantes o absoluto segredo acerca das fontes de informação e assumido o nosso compromisso da não utilização das verbalizações eventualmente efectuados por outros que não as suas, incluindo as das utentes.

Foi ainda referido que deveriam suspender a verbalização caso sentissem que esta poderia de algum modo perturbar a utente e foi explicado o motivo da presença, um pouco mais à distância, na maior parte das vezes por parte do investigador.

Para minimizar eventuais situações de *stress* explicámos às participantes que a ênfase deste método era sobretudo no processo mental utilizado na prestação de cuidados, e não na da qualidade ou nos resultados desse processo.

Após certificação da compreensão do método e obtida a autorização das participantes para a gravação do protocolo verbal e para a entrevista, as mesmas

dirigiram-se para junto das respectivas utentes, seguidas pelo investigador um pouco mais à distância.

Finda a sequência de cuidados, as participantes regressavam a um local previamente determinado, onde era realizada uma entrevista no sentido de esclarecer alguns aspectos observados, bem como conhecer o *feedback* das participantes acerca da técnica. Foi-lhes ainda proporcionada a possibilidade de ouvirem parte das gravações.

Esta primeira gravação foi apenas ouvida e considerada como treino, não tendo sido por isso transcrita. No entanto, através desta experiência foi possível conhecer que as participantes sentiam algum desconforto inicial, embora rapidamente se tivessem esquecido, prosseguindo a sua actividade normal. Durante a gravação, por vezes foi necessário lembrar para verbalizarem o pensamento, o que nem sempre foi conseguido. Referiram que o mesmo não aconteceu porque algumas vezes não tinham consciência de estarem a pensar enquanto interagiam com as utentes. Igualmente demonstraram algum receio em poderem ser questionadas acerca da presença do microfone por parte de familiares de outras utentes, o que não se verificou.

### **2.6.2. INSTRUMENTOS PARA MEDIR AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

Como referimos, as variáveis independentes neste estudo foram estudadas através de três instrumentos: Pensamento Crítico – Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA) - Form A, de Watson-Glaser, 1980, com aplicação de todas as sub escalas (anexo I); Pensamento Criativo - Torrance Test of Creative Thinking (TTCT) - Tradução Portuguesa - Teste Pensando Criativamente, Versão A – Forma Verbal - traduzido e aferido para Portugal por Maurícia Oliveira (1992), apresentado no anexo II; Inteligência Emocional - Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) de Mayer-Salovey-Caruso (1997), com aplicação dos quatro subtestes correspondentes aos quatro “ramos” da definição de Inteligência Emocional (anexo III).

Estes testes foram aplicados na parte final do trabalho de campo (Dezembro de 2001), em conjunto, com preenchimento individual, depois de ter sido experimentada a sua aplicação em grupos de nível académico similar ao das participantes no estudo.

A sua cotação foi apenas efectuada na última etapa da análise de dados.

A selecção dos testes teve por base a adequação dos respectivos conceitos aos objectivos e variáveis deste estudo, a frequência da sua utilização em trabalhos de investigação referidos na literatura, e consequente confirmação, na origem, da sua validade, estabilidade e fiabilidade em diferentes contextos sócio-culturais e profissionais, incluindo os de enfermagem. Foi igualmente tida em consideração a sua aplicabilidade à população adulta.

Na selecção do teste de Torrance atendeu-se ainda ao facto de este ter sido traduzido validado e aferido para a população Portuguesa.

#### **2.6.2.1. Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA)**

De entre os possíveis testes que na altura em que procedemos à selecção do instrumento para avaliar o pensamento crítico das participantes neste estudo se encontravam disponíveis, e que foram referidos no subcapítulo “Pensamento Crítico”, seleccionámos o Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA), Forma A, pelas razões anteriormente mencionadas, e por ser o mais referido na literatura, o mais utilizado em contextos de enfermagem e, por conseguinte, o mais conhecido (Meynard, 1996; Vaughan-Wrobel, 1997; McCarthy, 1999; May *et al.*, 1999; Adams, 1999; Angel *et al.* 2000; Daly, 2001; Rapps *et al.*, 2001; Profetto-McGrath, 2003, entre outros).

Quanto à opção pelo formulário A, constatámos ser este o mais utilizado, embora a literatura consultada não apresente justificação para o efeito. Aliás, os autores do teste referem ser indiferente a utilização de um ou outro formulário por serem estes equivalentes e alternativos (iguais percentis para ambos os formulários e coeficiente de correlação de 0,75). Além disso, a comercialização deste instrumento inclui os dois formulários.

Para Watson & Glaser (1980), o pensamento crítico é um conjunto de atitudes, conhecimentos e capacidades que incluem: 1) atitude de inquirição, a qual envolve a habilidade para reconhecer a existência de problemas e aceitar a necessidade de suportar, através da evidência, o que é afirmado ser verdade; 2) o conhecimento da natureza de

inferências, abstrações e generalizações válidas, nas quais o peso ou a exactidão dos diferentes tipos de evidência são determinados pela lógica; e 3) as capacidades para aplicar as atitudes e conhecimentos acima referidos.

Ainda de acordo com estes autores, a avaliação do pensamento crítico procura estabelecer uma estimativa individual neste conjunto de habilidades, através dos cinco subtestes que se seguem:

Teste 1. *Inferência*. Discriminar entre graus de verdade ou falsidade de inferências, obtidas a partir dos dados apresentados.

Teste 2. *Identificação de Pressupostos*. Reconhecer assunções não declaradas ou pressuposições nos enunciados ou afirmações fornecidas.

Teste 3. *Dedução*. Determinar se certas conclusões resultam necessariamente da informação nos enunciados ou premissas facultadas.

Teste 4. *Interpretação*. Ponderar a evidência e decidir se as generalizações ou conclusões baseadas nos factos dados estão garantidas.

Teste 5. *Avaliação de Argumentos*. Distinguir entre argumentos que são fortes e relevantes e os que são fracos ou irrelevantes para uma questão particular ou assunto em questão.

Cada um destes testes é composto por 16 itens ou pontos, perfazendo um *score* total de 80. Não é recomendado pelos autores qualquer tempo limite para a sua aplicação.

Nesta conformidade, a elevada habilidade de pensamento crítico, avaliada por este instrumento, é definida operacionalmente como a capacidade para assinalar correctamente o conjunto de itens constantes dos cinco subtestes (Watson & Glaser, 1980).

Embora alguns dos trabalhos consultados (Giroto, 2000) tenham aplicado parcialmente este instrumento, neste estudo foram aplicados os cinco subtestes anteriormente referidos.

### **2.6.2.2. Torrance Test - Pensando Criativamente, Versão A - Forma Verbal**

A avaliação do pensamento criativo neste estudo, como referimos, foi determinada pela aplicação do Torrance Test of Creative Thinking (TTCT) – Tradução Portuguesa – Teste Pensando Criativamente, Versão A – Forma Verbal – traduzido, adaptado e validado para Portugal por Oliveira (1992).

Este, para além de ser um instrumento, na sua forma original, igualmente muito referido na literatura e ser o seu autor uma figura de referência na área da criatividade, constituía na altura em que tomámos a decisão de o utilizar o único instrumento para avaliação da criatividade, traduzido e aferido para a população Portuguesa.

Segundo Torrance (1976), a criatividade é um processo de se tornar sensível a problemas, a deficiências, a lacunas de conhecimento, à falta de elementos, a desarmonias, etc., pela qual identificamos uma dificuldade, procuramos soluções, estabelecemos conjunturas ou formulamos hipóteses; testamos e retestamos as hipóteses, modificamo-las quando necessário, voltamos a testar as modificações e, finalmente, comunicamos os seus resultados.

Para o mesmo autor, citado por Oliveira (1992), as três capacidades mentais responsáveis pelo processo criativo e pelas quais este pode ser medido são:

*Fluência*, ou seja, a capacidade de pensar num grande número de ideias ou possíveis soluções para um problema, sendo operacionalmente definida no teste “Pensando Criativamente” pelo número total de respostas relevantes.

*Flexibilidade*, que é a capacidade de pensar em diferentes métodos ou estratégias, neste teste determinada pela raridade das respostas.

*Originalidade*, que se refere à capacidade de pensar em possibilidades únicas ou não usuais, e é neste instrumento determinada pelo número de categorias diferentes em que as respostas podem ser classificadas.

O teste aferido para Portugal por Oliveira (1992) é composto por sete actividades que são cotadas para a Fluência, a Originalidade e a Flexibilidade.

Para cada uma das actividades a autora define regras para a cotação e apresenta exemplos de respostas consideradas relevantes ou inadequadas.



Neste estudo foram aplicadas todas as escalas do teste, com excepção da actividade número seis, desaconselhada pela autora da tradução e adaptação à língua Portuguesa, por terem sido detectados problemas durante o estudo das características psicométricas susceptíveis de comprometer a validade do instrumento.

### **2.6.2.3. Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS)**

A Inteligência Emocional neste estudo foi determinada, como referido, pela aplicação do Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) de Mayer-Salovey-Caruso (1997), teste este que, segundo contacto que estabelecemos por e-mail com o Doutor David R. Caruso em Março de 2000, estava em reformulação não se encontrando a sua nova versão ainda disponível para aplicação.

De acordo com Mayer & Salovey (1997), a inteligência emocional é definida como sendo a habilidade para perceber exactamente, avaliar e expressar emoções; a habilidade para aceder e / ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a habilidade para compreender a emoção e o conhecimento emocional, e a habilidade para regular emoções para promover o desenvolvimento emocional e intelectual.

Especificamente, para Mayer-Salovey-Caruso (1997), a Inteligência Emocional contempla quatro componentes separadas:

*Perceber e Identificar Emoções*, ou seja, a habilidade para reconhecer o quanto a pessoa e os que nos rodeiam estão a sentir.

*Assimilar e Utilizar as Emoções*, que é a habilidade para gerar emoções e raciocinar com elas.

*Compreender Emoções*, que se refere à habilidade para compreender emoções complexas e cadeias emocionais, e o como as emoções transitam de um estágio para outro.

*Gerir Emoções*, que é relativa à habilidade que nos permite gerir as nossas emoções e as dos outros.

Segundo Caruso (1999), a inteligência emocional combina o afecto com a cognição, a emoção com a inteligência, sendo, pois, a habilidade de usar as nossas emoções para nos ajudar a resolver problemas e vivermos do modo mais eficaz possível.

Neste estudo decidimos aplicar os quatro subtestes correspondentes aos quatro “ramos” da definição de Inteligência Emocional acima referidos: *Perceber e Identificar Emoções, Assimilar e Utilizar as Emoções, Compreender Emoções e Gerir Emoções*

#### **2.6.2.4. Tradução, Validação, Adaptação e Pré-testagem dos Instrumentos**

Dos três instrumentos anteriormente referidos, apenas o *Torrance Test of Creative Thinking* (TTCT) se encontrava traduzido e aferido para Portugal na sua versão A – Forma Verbal, designando-se de “Teste Pensando Criativamente”. Por isso, efectuámos a tradução, a validação e a adaptação da tradução dos dois outros instrumentos (WGCTA e MEIS), dado que não tivemos conhecimento de que estes tivessem sido utilizados em Portugal.

No que se refere à tradução e validação da referida versão, seguimos algumas das recomendações de Marin (2000), designadamente no que se refere à tradução, tradução inversa, e respectiva revisão, tendo procedido do seguinte modo.

Numa primeira fase, efectuámos a tradução e validação de cada instrumento e solicitámos a uma segunda pessoa com formação superior específica na língua original e experiência de tradução na área da saúde para proceder à retroversão (*reverse / back translation*).

Posteriormente, nos aspectos não coincidentes, reunimos para o estabelecimento de consensos. Em alguns aspectos mais difíceis e que nos suscitaram maiores dificuldades, como por exemplo na designação das emoções, solicitámos o parecer de uma terceira pessoa, nascida num país anglófono.

Por fim, solicitámos a revisão sintáctica e semântica a dois docentes do ensino superior com larga experiência no ensino de enfermagem, em cursos de bacharelato.

Em reunião conjunta, na presença dos dois tradutores, foram efectuadas algumas alterações de acordo com as sugestões que não se mostraram incompatíveis com as respectivas versões originais de língua Inglesa (Americana).

Não considerámos necessária a aferição dos instrumentos traduzidos, pois no contexto deste estudo, não foi nosso objectivo principal a comparação de pessoas com pessoas quanto ao teste, mas tão só estabelecer comparações entre a cotação nele obtida com um determinado padrão de processo de tomada de decisão.

No que se refere à pré-testagem e adaptação dos instrumentos, iniciamo-las aplicando todos eles a um grupo de 30 professores, alunos do curso de complemento de formação, aos quais foi solicitado o preenchimento de um questionário (anexo IV) no sentido de obtermos dados sobre a sua experiência, problemas ou dificuldades sentidas, tempos, sugestões, entre outros e, simultaneamente, servir de pré-teste à sua aplicação nas participantes deste estudo.

Da aplicação dos testes que foram traduzidos, verificou-se a necessidade de adaptar alguns enunciados do teste do pensamento crítico ao contexto Português, tais como nomes de pessoas, regiões ou cidades, e reformular o enunciado e as questões números 46, 47 e 48, que se referiam a um contexto geopolítico actualmente com pouco sentido. Nas instruções de ambos os testes, salientámos ainda a origem americana dos mesmos, para maior compreensão dos contextos.

Verificámos igualmente que o tempo de preenchimento foi bastante variável, aconselhando a preparação das participantes para a eventualidade de uma maior demora na sua realização. O mesmo não se verificou em relação ao teste MEIS.

Desta aplicação resultaram algumas sugestões no sentido da melhoria das folhas de resposta de ambos os testes, sobretudo em relação ao tamanho da letra. Apesar de não se terem verificado erros no seu preenchimento, decidimos no entanto melhorar o aspecto gráfico, embora mantendo o formato do original.

Algumas respostas não foram totalmente preenchidas pelo que salientámos a necessidade do seu preenchimento integral, nas instruções para a sua aplicação às participantes neste estudo.

Relativamente à determinação dos *scores* dos testes, aquando do pré-teste, apenas foi possível tratar os dados inerentes ao MEIS, por não termos conseguido obter, em tempo útil, a chave para a cotação do WGCTA.

Com tais resultados constatámos a possibilidade de se estabelecer níveis diferenciais de Inteligência Emocional (mínimo: 347; média: 396; máximo: 455).

Igualmente a aplicação do teste de Torrance não suscitou dificuldades.

## **2.7. ESTRATÉGIA DE ACESSO E RECOLHA DE DADOS**

Iniciámos a recolha de dados, logo nos primeiros contactos que efectuámos na aproximação ao campo, com particular destaque para alguns dados demográficos, tendo este processo sido incrementado ao longo do trabalho de campo, através da estratégia de acesso que passamos a descrever.

Os primeiros contactos informais com os serviços onde pretendíamos efectuar o trabalho de campo iniciaram-se em Dezembro de 2000, através das respectivas enfermeiras-chefes.

Neste contacto muito preliminar foi comunicada a nossa intenção de realizar a colheita de dados naqueles locais e de obtermos alguns dados sobre o número e características demográficas das enfermeiras das equipas.

Durante o mês de Janeiro de 2001 efectuámos novo contacto com as enfermeiras-chefes para recolha de alguns dados demográficos das enfermeiras, no sentido de ultimarmos o nosso projecto, que iríamos discutir em 30 de Janeiro, na reunião do grupo avaliador para inscrição definitiva no doutoramento.

Durante algum tempo fomos mantendo contactos informais à medida que encontrávamos enfermeiras dessas unidades, no sentido de alimentarmos as expectativas da realização do trabalho e vermos facilitado o acesso aos respectivos locais de colheita de dados.

Em Abril, retomámos os contactos com as enfermeiras-chefes para revermos alguns dados demográficos entretanto obtidos, combinarmos o início da colheita de dados e posterior comunicação à equipa da data de início do trabalho de campo, através de visitas ao serviço para colheita de dados gerais, de contexto, impessoais e, além disso, obtermos algum *feedback* das colegas.

Passámos assim a visitar com frequência as três unidades no turno da manhã, conversámos com as enfermeiras e falámos do nosso trabalho com os médicos responsáveis, os quais se mostraram receptivos e nos felicitaram pelo mesmo. Saliente-se o contacto profissional e o conhecimento pessoal que possuíamos anteriormente, facto este que nos possibilitou alguma informalidade nestes contactos.

Seguiram-se seis visitas a cada unidade no turno da manhã e da tarde com duração aproximada de três horas cada, para observação geral, conhecer melhor a estrutura e o funcionamento dos serviços, conhecer e contactar informalmente as enfermeiras, observar as suas actividades de um modo global, os locais de prestação de cuidados, as rotinas, o número e características dos utentes e preparar o modo e os locais para registos das notas de campo, bem como efectuar entrevistas com as enfermeiras, sem que tivéssemos tido ainda a preocupação de registar de modo sistemático as observações.

Após estes contactos iniciais, decidimos continuá-los naquelas unidades, e efectuar registos de observação, começando pelos turnos da tarde por serem alvo de menos interferências, até à obtenção de pelo menos um contacto com todas as enfermeiras da equipe, em momentos diferentes de cada turno. Desta forma ficámos com uma visão global dos serviços e aprofundámos as relações com toda a equipe. Simultaneamente, fomos nos apercebendo do tipo de interacção enfermeiro/utente, focalizando a nossa observação e aperfeiçoando a estratégia de colheita de dados.

Tomámos algumas notas no papel. Nos intervalos, dirigíamo-nos a um gabinete para gravar as notas para um audio-gravador no sentido de posteriormente procedermos à sua transcrição.

As colegas mostraram-se acolhedoras e simpáticas, embora muito curiosas em relação ao trabalho que estávamos a desenvolver.

Inicialmente, começámos por observar do exterior. Aos poucos, fomos entrando nas enfermarias e permanecendo algum tempo junto das enfermeiras. Por vezes, sentíamo-nos um pouco a mais e quando achávamos oportuno, disponibilizámo-nos para as ajudar nos cuidados. Outras, porém, sentíamo-nos pouco à vontade por não possuímos a destreza necessária, por um lado e, por outro, ficávamos com a impressão de que estávamos a perder oportunidades de observação. Igualmente, algumas enfermeiras e até mesmo algumas utentes pareciam demonstrar alguma apreensão.

Falámos do nosso trabalho às colegas, do estágio inicial da observação, da sua generalidade e predispusemo-nos a responder a quaisquer perguntas. Assegurámos-lhes que lhes comunicaríamos quando fôssemos observar cada uma individualmente.

Mantivemos a estratégia de observação geral durante os turnos da tarde, efectuando a cobertura de todos os períodos de actividade junto das utentes ao longo do turno, até possuímos um conhecimento mais próximo e personalizado de toda a equipa e das actividades desenvolvidas em cada uma das unidades.

Após um melhor conhecimento da equipa e quando verificámos que esta estava familiarizada com a nossa presença, passámos então a seleccionar os elementos que iriam constituir a amostra e posteriormente seguimo-los durante os períodos em que interagiam com os utentes.

Esta constituiu a primeira fase da observação. Nela, privilegiámos os contactos informais, a relação com os profissionais e as utentes, a ambientação ao serviço e à metodologia, procurando integrarmo-nos no ambiente e prestar alguma colaboração nos cuidados ou em outras actividades das enfermeiras. Escutámo-las muitas vezes nos seus desabafos, opiniões, sugestões, problemas pessoais, familiares ou em geral e fomos prestando informações na medida das suas manifestas necessidades e progressão do trabalho.

Fizemo-lo no sentido de melhor conhecê-las pessoal e profissionalmente. Ficámos também com uma ideia mais aproximada do funcionamento do serviço. Conversámos com as utentes e familiares no sentido da criação de melhores ambientes e do reforço da confiança.

Entretanto íamos redefinindo e ajustando a metodologia e os critérios de inclusão na amostra.

Nesta primeira etapa não observámos qualquer enfermeira em especial nem demos particular atenção aos aspectos da tomada de decisão. Privilegiámos a colheita de dados gerais e a informalidade, pois pareceu-nos ser o mais adequado ao momento.

À medida que prosseguíamos na observação, fomos conseguindo alguma saturação de dados da observação geral, isto é, começávamos a sentir que pouco de novo e relevante acontecia. No entanto sentíamos igualmente que não podíamos prescindir duma observação geral dos contextos sempre que efectuássemos observações individuais, para relacionarmos e melhor compreendermos a própria interacção de cada participante com

tais ambientes. Decidimos por isso efectuar uma descrição dos contextos enquanto permanecêssemos no campo, ainda que mais sucinta.

Assim, progressivamente fomos privilegiando o contacto com as potenciais participantes, mantendo no entanto a atenção a todos os elementos da equipe, sem esquecer as enfermeiras especialistas e respectivas chefias, que *a priori* sabiam que não iriam fazer parte do estudo. As restantes colegas não sabiam se seriam convidadas a participar.

Aproveitámos os momentos de informalidade para falar um pouco do nosso trabalho e obter alguns dados demográficos adicionais das equipas.

Ao acompanharmos mais de perto as enfermeiras fomos perguntando o porquê das suas decisões no decurso do processo de prestação de cuidados, no sentido de perspectivarmos o modelo de entrevista a realizar. Procurámos reflectir sobre os nossos registos e confrontar com a metodologia preconizada antes de avançarmos muito mais na observação. Prosseguimos na estratégia de privilegiar o contacto com as colegas para lhes conseguir o máximo de acesso possível.

Uma vez atingidos os objectivos desta primeira observação geral no turno da tarde, iniciamos a observação em turnos da manhã, começando preferencialmente pelas colegas com quem tínhamos maior abertura e que estavam mais disponíveis.

Encontrámos alguma dificuldade em entrar nas enfermarias, pois as utentes estavam a efectuar os cuidados de higiene e não estavam habituadas à nossa presença nas enfermarias, nestes momentos.

Habitualmente usávamos bata. Mas, no sentido das utentes melhor nos identificarem como enfermeiros passámos a nos fardar em todas as visitas. Sentimo-nos mais à vontade e pareceu-nos que as colegas também. As utentes só esporadicamente nos confundiam.

Continuámos a aproveitar as pausas das colegas como momentos de informalidade e oportunidade para melhor conhecermos as culturas e os contextos das prestações de cuidados. Prestámos alguma colaboração sempre que verificávamos ser necessária e incentivámos as colegas a solicitar ajuda sempre que desejassem.

No contacto com as colegas informámos-lhes que, apesar de estarmos presentes, poderíamos ou não estar a proceder às observações, de modo a que estas não soubessem exactamente quais os momentos exactos das mesmas. As enfermeiras ficaram assim a

saber que se estivessem de serviço e nós presentes, existia ou não a possibilidade de as estarmos a observar e a registar informação.

Prosseguimos a recolha de dados demográficos e procurámos localizar as colegas potenciais participantes no estudo. Iniciámos então uma observação mais dirigida a estas colegas, após termos solicitado autorização para o efeito.

Quando não estávamos a acompanhar uma colega em particular, permanecíamos em lugar estratégico, por exemplo, à frente da sala de trabalho, a falar com as colegas, a procurar criar bom ambiente e a observá-las nas actividades às utentes que se encontravam nos corredores.

Em cada visita ao campo, dispensámos mais tempo às unidades onde tínhamos maior número de colegas potenciais participantes no estudo. No entanto a todas efectuámos pelo menos um contacto inicial de apresentação e observação geral, e um de despedida e de agradecimento pela colaboração. Não fazíamos distinção entre potenciais participantes e não participantes. A todas cumprimentávamos ou agradecíamos a colaboração.

Em cada local aproveitávamos a oportunidade para acompanhar individualmente as enfermeiras, no sentido de estas se habituarem à nossa presença e aceitarem melhor o futuro convite à participação. No sentido de não as fatigar, este acompanhamento individual era efectuado apenas durante algum tempo, passando-se seguidamente a uma outra colega.

Efectuámos gravações das notas de campo, primeiro num gabinete e posteriormente nas unidades. Numa delas, as enfermeiras reagiram à presença do gravador com alguma preocupação. Aproveitámos este incidente para esclarecer todas as colegas acerca da finalidade daquele gravador e tranquilizá-las, informando-as de que ele apenas servia, naquela etapa, para gravar as notas de campo, comprometendo-nos a não efectuar gravações com as enfermeiras sem que para isso dessem o seu consentimento informado.

Este incidente obrigou-nos a protelar um pouco a observação individual das participantes até ao restabelecimento da sua confiança.

Uma vez sentida a saturação dos dados da observação geral, testada a aceitabilidade e a praticabilidade da observação individual, e seleccionada a maior parte das potenciais participantes em todas as unidades, falámos às enfermeiras-chefes e às colegas presentes



(nas reuniões de passagem de turno) da etapa que se seguiria. Nela procederíamos à observação individual de uma amostra de enfermeiras, seleccionadas mediante os critérios definidos para esta investigação. Pedimos então às mesmas para não se sentirem tristes, caso não fossem solicitadas a participar no trabalho, referindo o motivo, e efectuámos outras explicações consideradas necessárias.

O clima foi de descontração, cooperação e simpatia. Efectuámos um intervalo na observação de cerca de duas semanas para férias (Agosto) e alguma reflexão sobre os dados. Antes de partirmos, informámos as colegas de que no nosso regresso as iríamos progressivamente contactar individualmente e solicitar a participação no estudo.

No regresso, e iniciando pelos turnos da tarde, procurámos criar informalidade e começámos a contactar as enfermeiras, priorizando aquelas com quem tínhamos maior confiança.

Efectuámos a abordagem de cada uma acompanhando-a individualmente e só depois desta evidenciar descontração é que então lhe pedimos autorização para fazer parte do estudo.

Considerámos cenários alternativos para o caso de obtermos recusas. Estes incluíam o alargar o tempo de exercício profissional (Abril de 1996) e, em último recurso, abandonar o campo de observação e escolher um outro, como, por exemplo, o serviço de pneumologia-senhoras.

Na segunda fase do trabalho de campo observámos, fundamentalmente, as participantes a nível individual.

Adoptámos uma abordagem cuidadosa às enfermeiras, particularmente com as que julgávamos poderem estar mais reticentes em relação à participação no trabalho e fossem potenciais líderes informais. Não “forçámos” a observação em cada turno ou serviço. Tivemos em consideração o perfil de cada potencial participante.

A estratégia seguida consistiu em localizar as colegas de serviço potenciais participantes, pedir para as acompanharmos nas suas actividades junto das utentes e após algum tempo aproveitámos a oportunidade para as convidar e obter o seu consentimento, ainda que preliminar, para a participação no trabalho.

Mantivemos, além disso, e como habitualmente, uma observação geral com vista a aprofundar o conhecimento do padrão de cuidados geral e manter a ligação com todos os elementos da equipa.

Ao mantermos a observação global, esta facilitou-nos a descrição geral dos contextos e da tomada de decisão, e, paulatinamente, procedemos ao início do envolvimento individual das participantes no estudo, nos aspectos particulares do processo de prestação de cuidados ou de tomada de decisão.

Evitámos a descrição pormenorizada dos aspectos mais gerais nesta segunda fase. Apenas descrevemos com mais pormenor as situações relevantes para o objectivo do estudo. As notas de campo foram por isso menos extensas.

Às enfermeiras a quem já havíamos convidado e com as quais nos sentíamos mais à vontade, explicámos progressivamente alguns detalhes da investigação e aproveitámos para as introduzir na fase seguinte do trabalho: efectuar algumas gravações junto das utentes. Falámos da natureza progressiva e provisória desta técnica e justificámos a razão de não entrarmos em maior detalhe sobre a metodologia.

Quando a maior parte das colegas estavam convidadas e nos sentimos à vontade na observação individual, iniciámos a gravação de teste junto das utentes. Fizemo-lo, primeiro com duas enfermeiras e posteriormente conforme se encontravam de serviço quando nos deslocámos às respectivas unidades para efectuarmos a observação.

De início as participantes reagiam com alguma apreensão e por vezes receio do gravador. Porém, rapidamente se abstraíam e prosseguiam as suas actividades como habitualmente, sendo por vezes apenas necessário lembrar para “pensar alto”.

Quando oportuno, durante todo este processo (gravação da verbalização do pensamento) perguntávamos às colegas o racional de alguns dos seus procedimentos ou decisões, o que identificavam, o que faziam e porquê e o que esperavam do procedimento efectuado.

Igualmente, uma vez conseguida a gravação de teste com a maior parte das participantes, passámos a efectuar a segunda gravação. Ao mesmo tempo prosseguíamos na observação, sobretudo individual, não descurando os elementos novos que surgiam no contexto ou que fossem relevantes para o objectivo da observação geral.

Estando praticamente concluída esta etapa, contactámos as participantes para a reunião da realização dos testes. Embora não tivéssemos entrado em particularidades, remetendo para o dia da sua aplicação o que se referia aos detalhes, todas aceitaram a participação e confirmaram a sua presença, como de resto veio a acontecer.

Obtida a saturação geral e individual dos dados da maior parte das participantes, passámos a observar apenas as de quem precisávamos de mais dados ou da segunda gravação.

Entretanto, contactámos igualmente as participantes para uma curta entrevista acerca das bases da sua programação de cuidados. Com todas explorámos o esquema utilizado para a organização da prestação de cuidados com base nos registos, incluindo os do plano de cuidados e observámos a sua utilização na prática quotidiana.

Antes do Natal de 2001 passámos pelos serviços para efectuarmos o ponto da situação do trabalho com as enfermeiras-chefes e supervisora, formularmos os nossos agradecimentos e nos despedirmos por aquele ano.

Por dificuldade de uma das participantes, tivemos de protelar para Janeiro de 2002 a sua segunda gravação, após o que demos por concluída a colheita de dados.

Despedimo-nos das enfermeiras, a todas agradecemos a participação e prometemos voltar apenas para algumas questões específicas, dirigidas e sobretudo de validação do conteúdo, ou para observarmos algum aspecto particular. Todavia, tal não viria a ser necessário.

Mostraram-se sempre muito acolhedoras e disponíveis.

## **2.8. ANÁLISE DE DADOS**

Os dados obtidos pelos processos e instrumentos anteriormente descritos foram organizados em três grupos principais: dados demográficos das participantes, dados obtidos durante o trabalho de campo - cujas fontes de informação foram constituídas, fundamentalmente, pelos registos de notas de campo, pelas transcrições das entrevistas (informais e semi-estruturadas), e pelas gravações das verbalizações concorrentes do pensamento - e, finalmente, em resultados obtidos pela aplicação dos testes psicométricos, para avaliação das habilidades cognitivas das participantes.

Os dados demográficos e parte dos resultados dos testes foram analisados através da aplicação das medidas de estatística descritiva - frequência absoluta e relativa, moda, mediana e desvio padrão.

Os dados obtidos pela observação (notas de campo), entrevistas e gravações das verbalizações concorrentes do pensamento foram transcritos e analisados conjuntamente, tendo como referência os princípios da análise qualitativa de dados (Patton, 1990; Miles & Huberman, 1994; Huberman & Miles, 1998; Morse & Field, 1998; Punch, 1998; LeCompte & Schensul, 1999; Silverman, 2000) e das técnicas de análise de conteúdo preconizadas por estes autores, e por Bardin (1988), Vala (1991), Bogdan & Biklen (1994) e Flick (1998), seguindo um processo indutivo de construção das categorias.

Numa primeira fase, a organização e a análise preliminar dos dados, tanto quantitativa como qualitativa, foi efectuada com a ajuda do *software* Office XP (Word, Excel e Powerpoint). Posteriormente, procedemos à análise do conteúdo (codificação) com utilização de um programa específico para este efeito – QSR NUD\*IST, Versão 2.0, conforme preconizado por Davis *et al.* (1997), Webb (1999), Richards (1999), entre outros.

O tratamento estatístico inferencial foi efectuada com a utilização do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 11.0.

Assim, os dados referentes à observação, entrevistas e gravações das verbalizações concorrentes do pensamento das participantes, uma vez transcritos, relidos e reouvados, foram sendo submetidos a um processo de codificação aberta com vista à obtenção de um conjunto de códigos que permitissem um esboço de categorias e subcategorias emergentes dos dados, o qual foi constituindo o nosso modelo de análise, inicialmente baseado nos conhecimentos adquiridos durante o processo inicial de revisão da literatura.

Este procedimento desenrolou-se à medida que procedíamos aos registos, analisávamos os dados e efectuávamos a codificação aberta preliminar, tendo sido realizado de forma circular, com revisão contínua dos códigos atribuídos e posteriormente efectuada a codificação axial.

Após algumas alterações, submetemos de novo o *corpus* em análise ao processo de codificação, neste momento já tendo como referência o esquema provisório de categorização entretanto obtido, tendo surgido novos códigos e a necessidade de alterar alguns dos anteriores, com conseqüente revisão do esquema de categorização.

Realizadas estas mudanças, o *corpus* foi então reanalisado, tendo como modelo o esquema de categorias e subcategorias entretanto reconstruído. Procedemos também a uma contagem das unidades de registo para fins de análise quantitativa das categorias e subcategorias.

Deste modo, e uma vez obtido um modelo de categorização mais estável, conseguido no final do trabalho de campo, procedemos à sua aplicação ao *corpus* em análise e revimos várias vezes este processo até encontramos o modelo de decisão clínica de enfermagem.

Foram então revistas e posteriormente agregadas algumas subcategorias, e extraídas 20% de cada subcategoria para submissão à validação da análise por um júri.

Após esta validação, cujas sugestões foram consideradas sempre que coincidentes por dois ou mais elementos, procedemos à revisão final do modelo de categorização, o qual mantivemos até à redacção do presente relatório.

Em todo este processo indutivo de obtenção das categorias tivemos em consideração o princípio da exclusividade, ou seja, a correspondência de uma unidade de registo apenas a uma categoria; o de exaustividade, ou seja, a abrangência quanto às categorias possíveis de se encontrar; e o de relevância, ou seja, a adequação aos objectivos e conteúdos do estudo, para além da preocupação com a definição clara e objectiva das mesmas.

Os testes de avaliação do pensamento crítico e da inteligência emocional foram cotados, posteriormente, de acordo com o preconizado nos respectivos manuais e, dada a sua facilidade de cotação, revistos por nós em pelo menos dois momentos diferentes. A cotação do teste de Torrance (avaliação do pensamento criativo) foi efectuada por um segundo investigador e obtido consenso nos pontos discordantes.

O tratamento quantitativo dos dados foi efectuada com recurso às medidas de estatística descritiva anteriormente referidas.

Como medidas de estatística inferencial foram utilizados, fundamentalmente, testes paramétricos de diferença entre médias (t de Student) e testes de correlação entre variáveis contínuas (r de Pearson).

Foi ainda efectuada a análise da fiabilidade de dois dos instrumentos para avaliação das habilidades cognitivas das participantes - Pensando Criativamente e Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal, conforme preconizado por Anthony (1999).

## 2.9. VALIDADE E FIDELIDADE DOS DADOS

A questão do rigor constitui um dos aspectos mais importantes do processo de investigação, independentemente da sua natureza quantitativa ou qualitativa (Lessard-Hébert *et al.*, 1994; Strubert & Carpenter; 1995, Shepard, 1999; Dempsey & Dempsey, 1999; Speziale & Carpenter, 2003).

Para Lessard-Hébert *et al.* (1994, p.65) “os critérios científicos utilizados nas metodologias qualitativas recebem normalmente a mesma designação que na investigação quantitativa...” ou seja, aplicam-se os critérios de objectividade, validade e fidelidade. No que se diz respeito à objectividade, referem por exemplo Kirk & Miler (1986), que consideram ser a objectividade da investigação no paradigma qualitativo um conceito ambíguo. No entanto poder-se-á verificar em função da validade e fidelidade das observações.

Para Kirk & Miler (1986), citado por Lessard-Hébert *et al.* (1994, p.68), a validade “é a capacidade de um procedimento produzir a resposta correcta”, ou seja, de observar realmente aquilo que julga estar a observar. Estes autores consideram três tipos de validade: a validade aparente, na qual os dados surgem como evidentes; a validade instrumental, quando dois instrumentos produzem resultados semelhantes; e a validade teórica, a qual assenta nas duas anteriores e “... no modo como é construída a ligação inferencial entre os factos alvo da observação e os conceitos ou modelos teóricos a eles ligados” (*ibid.* p.70) ou seja, quando a teoria confirma os factos.

A fidelidade dos resultados da investigação é definida por aqueles autores como sendo relativa “...à persistência de um procedimento de medida em obter a mesma resposta, independentemente do como e do quando da sua produção” (*ibid.* p.68), ou seja, quando em momentos diferentes se produzem respostas iguais.

Koch (1994) e Koch & Harrington (1998) por seu lado, citando Guba & Lincoln (1989), referem que o rigor (*trustwordiness*) na pesquisa qualitativa pode ser aferido por

critérios de credibilidade, transferibilidade e confiança (*dependability*) e estabelecem uma correspondência entre os critérios de avaliação do rigor nos paradigmas “construtivista” e “científico”. Assim, os critérios de credibilidade, transferibilidade e confiança do paradigma construtivista correspondem aos de validade interna, validade externa e fidelidade (*reliability*) do paradigma *científico* (positivista).

Estas autoras, com base em Sandelowski (1986) e Beck (1993), referem que um estudo é credível (validade interna) quando apresenta descrições fidedignas (*faithful*) e quando os investigadores ou leitores reconhecem as experiências, uma vez confrontados com elas. A transferibilidade, aplicabilidade ou ajuste (*fittingness*) (validade externa) verifica-se quando os resultados se podem ajustar a contextos fora da situação e quando os leitores reconhecem que esses resultados fazem sentido e são aplicáveis em termos das suas experiências. A fidedignidade, confiança ou consistência é conseguida através do conceito de audibilidade (*auditability*), no qual o investigador documenta de tal modo o método de investigação e as opções tomadas durante a análise, que permite ao leitor seguir ou auditar o raciocínio do investigador, inerente às decisões metodológicas e técnicas, e quando um outro investigador pode chegar às mesmas conclusões ou comparáveis, mas não contraditórias, em função dos dados apresentados, da perspectiva e da situação.

Avis (1995) sugere três condições necessárias, embora não por si suficientes, para demonstrar que a evidência empírica é plausível no contexto da investigação qualitativa: primeiro a audibilidade do método, ou seja a revisão dos processos de análise e interpretação de dados, para identificação de distorções e erros; segundo que os investigadores tornem explícitas as relações entre a evidência e os conceitos abstractos da sua responsabilidade; e finalmente que os investigadores considerem a plausibilidade das suas evidências no contexto de outras investigações e teorias. Também Avis (1995) e Morse & Fied (1998) acrescentam o critério de neutralidade da evidência, ou seja, quando os investigadores demonstram que a análise e os resultados são completamente fundamentados nos dados.

Por outro lado, Morse & Field (1998) afirmam que o rigor, aferido pela validade e fidelidade dos resultados, tem merecido ultimamente a atenção dos investigadores qualitativos, realçando a importância recentemente atribuída ao critério de audibilidade (*audit trail*). Apresentam um conceito de validade na investigação qualitativa referindo-

se ao quanto os resultados da investigação representam a realidade e ao conceito de fidelidade como sendo a medida da influência da variação aleatória na estabilidade e consistência dos resultados.

No que concerne à validade interna, aquelas autoras consideram que esta tem a ver basicamente com o quanto as categorias conceptuais possuem significados partilhados pelos participantes e pelo investigador. No que se refere à validade externa, e citando Leininger (1994), a audibilidade e a triangulação de fontes de dados, a saturação dos dados e a transferibilidade, isto é, o quanto existem similaridades gerais que podem ser aplicadas sob condições, contextos ou circunstâncias semelhantes, podem contribuir para a sua garantia. Alguns autores referem no entanto que o objectivo principal das diferentes triangulações não é o assegurar a validade mas antes a obtenção de uma visão mais completa do fenómeno em estudo (Sandelowski, 1993; Dootson, 1995; Begley, 1996 a e b; e Shih, 1998).

Todavia para Sandelowski (1993), Avis (1995), Begley (1996 a e b) e Waterman (1998), a validade e a fidelidade dos resultados dos estudos qualitativos são ainda conceitos muito teóricos, subjectivos, fluidos e flexíveis, não obstante serem por vezes considerados de forma árdua e inflexível por alguns investigadores qualitativos.

Sandelowski (1993, 1997) por exemplo, afirma que o extremo cuidado com as questões do rigor que a pesquisa qualitativa tem merecido por alguns investigadores pode correr o risco de afastá-los da artificialidade, versatilidade e sensibilidade aos significados e aos contextos que distinguem os trabalhos qualitativos. Esta autora adverte para o facto de que as medidas de salvaguarda do rigor são complexas, alerta os investigadores para a necessidade de examinarem cuidadosamente aquelas medidas antes de as seleccionarem para as suas pesquisas, e afirma que apenas o investigador que colheu os dados e que neles tem estado imerso é que pode confirmar os resultados.

Mais recentemente, Speziale & Carpenter (2003) referem que o debate que se tem verificado sobre o rigor na investigação qualitativa foi para além dos conceitos positivistas de validade e fidelidade dos dados. Estas autoras, não obstante referirem a existência de diferentes termos para descrever o processo que contribui para o rigor na investigação qualitativa, mantêm os conceitos anteriormente referidos de credibilidade, confiança, transferibilidade e audibilidade, o qual designam de *confirmability* em lugar de *audit trail*, ou seja, a descrição do processo de tal modo que o leitor o possa seguir.



Em suma, e pelo anteriormente exposto, parece haver concordância entre diferentes autores consultados no que concerne os critérios de credibilidade, transferibilidade, confiança, e audibilidade, como forma de assegurar o rigor dos resultados produzidos na investigação qualitativa, sendo que, para Speziale & Carpenter (2003), estes critérios revelam o nível de atenção que o investigador qualitativo prestou ao seu trabalho.

Assim, neste estudo, tivemos em atenção os quatro critérios referidos. A sua credibilidade (validade interna para alguns autores) foi assegurada pela preocupação que durante todo o percurso tivemos com os aspectos de fidedignidade e honestidade, os quais poderão ser aferidos pelo leitor através do reconhecimento da plausibilidade das experiências relatadas. A transferibilidade (validade externa) poderá ser verificada pela similaridade dos resultados produzidos com outros trabalhos idênticos, e pelo reconhecimento dos leitores, sobretudo enfermeiros com experiência clínica, dos conceitos nele produzidos. A confiança poderá ser aferida pelo conceito de audibilidade, através da descrição pormenorizada de todas as opções metodológicas, técnicas ou intuitivas, tomadas em todo o processo de investigação.

No que se refere à observação e à obtenção dos protocolos de verbalização do pensamento dos participantes, tivemos em consideração a sua validade ecológica, entendida no sentido do quanto a tarefa solicitada e o contexto apresentado aos participantes reflectem a realidade (Lamond *et al.*, 1996; Bryans & McIntosh, 2000), pois, como referimos, neste estudo utilizámos contextos naturais em ambos aqueles métodos. Além disso, tivemos a preocupação de validar alguns aspectos do conteúdo das nossas observações com as participantes, através de entrevistas formais e informais, e de a todas facultar a possibilidade de ouvirem as suas gravações.

Todas as participantes confirmaram corresponder o que ouviram ao que naturalmente acontece nos seus quotidianos.

Especificamente, e no que diz respeito à parte quantitativa, foi assumida a validade dos instrumentos na origem. Foi igualmente assegurada a validade e a fidelidade dos dados, quer pelos respectivos coeficientes de fiabilidade, na origem e após a tradução, quer pelo processo de revisão múltipla e sistemática dos dados efectuada por nós próprios e, no caso do teste de Torrance, por um outro investigador.

No que se refere aos procedimentos inerentes à análise do conteúdo dos protocolos de verbalização do pensamento das participantes, das notas de campo e das entrevistas, para além do acima descrito, verificámos a validade e a fidelidade das categorias produzidas através da extracção aleatória de 20% das unidades de registo de cada uma delas, relativamente às quais, um júri composto por três peritos nos respectivos temas se pronunciou, separadamente, sobre a codificação atribuída, em função da respectiva definição (anexo V).

Em relação ao procedimento para a identificação dos padrões de decisão clínica de enfermagem (variável dependente) e cotação do teste de Torrance “Pensando Criativamente”, a análise foi validada pelo método intercodificador - investigador e uma enfermeira-professora com formação e experiência em análise de conteúdo. Nos pontos discordantes, procedemos a uma reanálise conjunta, tendo-se chegado a acordo, sem grande dificuldade.

O facto de termos optado por dois métodos de verificação da validade e da fidelidade da análise do conteúdo prendeu-se sobretudo com a natureza dos dados e com a dificuldade de encontrarmos pessoas com experiência nestes conteúdos específicos. Assim procurámos um equilíbrio entre a exequibilidade possível e a necessária utilização de modalidades diferentes e heterogéneas, para uma maior segurança nos resultados.

## **2.10. TESTAGEM DA HIPÓTESE**

Para Fortin (2000), o teste de hipótese é um processo que consiste em verificar se os resultados obtidos junto de uma amostra podem ser generalizados à população da qual esta provém.

Um outro conceito a ele inerente é o de “significância estatística”, o qual de acordo com a autora, consiste em determinar se a diferença observada entre os grupos é suficientemente grande para que se possa atribuir ao fenómeno em estudo e não ao acaso.

Deste modo, embora não constituindo a generalização dos resultados uma preocupação central deste estudo, procedemos no entanto à testagem da hipótese - os padrões de tomada de decisão clínica de enfermagem variam em função de padrões de

habilidade cognitiva diferenciais, a um nível de significância de 0,05, pelo processo que se segue.

A variável dependente foi operacionalizada em dois padrões de decisão diferenciais (A e B) obtidos através da análise indutiva do conteúdo dos registos, sendo posteriormente as participantes incluídas em cada um destes grupos.

No que se refere às variáveis independentes, padrões de habilidade cognitiva, estas foram operacionalizadas através dos *scores* obtidos pelas participantes nos testes para avaliação do pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional.

Estes *scores* foram organizados e tratados estatisticamente através dos programas Word 2002, Excel 2002 e SPSS, versão 11.0, sob vários aspectos, e aplicadas várias medidas de estatística descritiva e analítica, tais como medidas de variação, tendência central, dispersão, correlação, fiabilidade e análise bivariada.

Especificamente para a testagem da hipótese, foi utilizado o teste estatístico de diferença entre médias t de Sudent, fundamentalmente.

## **2.11. CONSIDERAÇÕES DE NATUREZA ÉTICA**

Toda a investigação, sobretudo quando envolve a participação de pessoas, deverá ter em consideração os aspectos de natureza ética de forma a garantir o anonimato e a proteger os participantes de consequências eventualmente menos positivas, decorrentes da sua participação no estudo (Spradley, 1979, 1980; Polit & Hungler, 1994; Miles & Huberman 1994; Grande, 1997, Dempsey & Dempsey, 1999; Fortin, 2000; Speziale & Carpenter, 2003, entre outros). Todos estes autores referem-se também a recomendações de diferentes organizações internacionais as quais se orientam basicamente pelo respeito da Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Neste estudo, uma vez cientes das implicações éticas de um trabalho desta natureza, tivemos também em consideração estes aspectos. Com efeito, para a análise das suas implicações éticas baseámo-nos nos princípios éticos mencionados por Polit & Hungler (1994) como sendo fundamentais para a conduta ética de qualquer investigador em geral, e no quadro de referência dos aspectos éticos da investigação proposto por Flinders (1992), citado por Miles & Huberman (1994), o qual sintetiza uma série de aspectos que

maior atenção necessita em todas as etapas do desenvolvimento da investigação qualitativa.

Polit & Hungler (1994), baseando-se noutros autores, referem três princípios a atender em qualquer investigação: o princípio da beneficência, o qual contém implícito o da não maleficência, que corresponde à máxima, sobretudo não prejudicar; o princípio do respeito pela dignidade humana, que inclui o direito à autodeterminação e à informação completa dos participantes; e o princípio da justiça, o qual inclui o direito, que assiste ao participante, a ser tratado de forma justa e à preservação da sua intimidade.

Por seu lado, Flinders (1992), citado por Miles & Huberman (1994), menciona os aspectos a atender na investigação qualitativa em particular, relacionando-os com quatro referenciais éticos principais: utilitário, deontológico, relacional e ecológico.

Nesta conformidade, também Grande (1997) alerta-nos sobretudo para o direito dos participantes a serem esclarecidos dos benefícios e importância dos resultados da investigação a nível individual e colectivo, a darem o seu consentimento informado e a terem garantida a possibilidade de recusarem a sua participação sem que daí resulte qualquer tipo de consequência pejorativa.

No que à investigação etnográfica diz respeito, Spradley (1979, 1980) recomenda que, em primeiro lugar, se considere os interesses e preocupações dos informantes, se salvasse os seus direitos e sensibilidades, devendo a estes ser, por exemplo, assegurado que afirmações do tipo “*of the record*” não constem das notas de campo, que sejam informados progressivamente dos objectivos e metodologias da investigação e dêem o seu consentimento (tal como também recomendam Seziale & Carpenter (2003)), que lhes seja assegurada a privacidade e a não exploração, bem como lhes seja facultado o relatório da investigação.

Assim, neste estudo, dada a sua componente etnográfica, para além das questões específicas que qualquer investigação envolvendo a observação directa comporta, defrontamo-nos com o facto de ter sido realizada a colheita de dados de modo progressivo (da observação geral para a focalização no processo de decisão) e termos utilizado várias técnicas de colheita de dados (observação, entrevistas, gravação da verbalização do pensamento e, por fim, a aplicação de testes psicométricos).

No sentido de assegurar os princípios éticos anteriormente referidos tivemos, por isso, em consideração todos aqueles que colectiva ou individualmente nela participaram, desde os responsáveis da organização ou dos serviços, aos diferentes autores, com especial destaque para as participantes, as utentes e os familiares, entre outros.

Em conformidade com o anteriormente referido, e não obstante possuímos uma autorização formal por parte dos responsáveis regionais de saúde para a realização do trabalho na generalidade, desde os primeiros contactos com os serviços, procurámos envolver todos os intervenientes, explicando progressivamente o que tencionávamos fazer e solicitar a sua colaboração.

Iniciámos pelos enfermeiros e médicos responsáveis das três unidades, passando depois a contactar os restantes profissionais à medida que os encontrávamos. Procurámos igualmente estabelecer contacto com as utentes para que se habituassem melhor à nossa presença.

Apesar de em Março de 2000 termos obtido autorização do Conselho de Administração do Hospital para a realização do projecto, continuámos a manter alguns contactos informais com o presidente da Comissão de Ética. Fizemo-lo pela consciência que tínhamos da novidade para a instituição de alguns dos métodos a utilizar e no sentido de o informarmos dos diferentes desenvolvimentos e acolhermos as suas sugestões.

Uma vez estabelecida, na sua essência, a metodologia para a recolha de dados, requeremos formalmente autorização do Conselho de Administração do Hospital Central, o qual submeteu a parecer da Comissão de Ética do Hospital. Obtivemos um parecer condicionado à apresentação dos Instrumentos de Colheita de Dados (anexo VI).

Em face desta orientação, solicitámos uma reunião com o presidente daquela comissão com vista a podermos explicar o carácter progressivo e de algum modo pouco previsível da recolha de dados, designadamente no que se referia às entrevistas e à gravação da verbalização do pensamento das participantes, bem como acerca do método da obtenção do consentimento informado escrito.

Ficou acordado apresentarmos um modelo genérico de documento para o consentimento escrito e testes a aplicar.

Obtivemos finalmente a autorização para a colheita de dados com utilização de todas as técnicas previstas para o estudo, comprometendo-nos ao rigoroso cumprimento

das regras éticas para com a instituição e as participantes e à entrega no hospital de uma cópia do relatório após a sua discussão (anexo VII).

Entretanto, à medida que prosseguíamos o trabalho de campo, fomos prestando os necessários esclarecimentos a todos os autores que o solicitassem, não apenas enfermeiros e auxiliares de acção médica, mas outros profissionais, utentes e familiares com quem estabelecíamos contactos.

A todos eles explicávamos o que estávamos a fazer. Em algumas situações retirávamo-nos subtilmente, quando nos apercebíamos de que a nossa presença poderia, de algum modo, interferir nos processos de cuidados ou colocar em risco o direito à privacidade das utentes. Igualmente evitámos o cansaço provocado nas participantes, quer pela nossa presença, quer pelas actividades solicitadas.

Especificamente, a cada participante, uma vez definida a amostra, solicitámos a autorização para a participação no estudo, na condição de prestarmos informação mais detalhada sobre cada uma das suas etapas, à medida que estas fossem acontecendo, reafirmando o direito de poderem desistir sem que daí decorressem quaisquer consequências negativas para as próprias. Igualmente nos dispusemos a prestar todos os esclarecimentos adicionais que achassem necessários e quando o desejassem.

Com todas equacionámos os riscos e os benefícios, individuais e colectivos, da sua participação, bem como nos comprometemos a evitar, na medida do possível os primeiros e a fornecer os resultados da investigação às participantes. Caso o solicitassem, disponibilizámo-nos a declarar a sua participação no estudo.

Relativamente às colegas não incluídas nos critérios da amostra, explicávamos a razão da sua não participação directa no estudo.

Obtivemos a concordância de todas as colegas que preenchiam os critérios de inclusão na amostra, bem como a colaboração de todas as equipas das unidades onde este estudo se realizou.

Quanto à autorização das utentes, esta apenas foi solicitada verbalmente em alguns casos, pois tudo dependia do nível de lucidez das mesmas. Porém, em consciência, julgamos, que este não constituiu qualquer problema ético, pois que sendo o objecto do nosso estudo o pensamento das enfermeiras aquando da prestação de cuidados, não iríamos utilizar qualquer informação acerca do conteúdo das interacções com as enfermeiras, no que às utentes ou familiares dizia respeito.

Além disso, as enfermeiras estavam prevenidas para não verbalizarem junto das utentes a informação que julgassem susceptível de prejudicar minimamente as utentes. Os cuidados efectuavam-se, na maior parte das vezes, com a nossa colaboração e, por conseguinte, presença física. A utente, ou a família, tinha assim a oportunidade de não referir o que porventura não desejasse na nossa presença, podendo assim ocultar alguma informação.

Por vezes, fomos nós próprios a nos retirarmos discretamente quando considerávamos que a nossa presença poderia de algum modo influenciar negativamente o curso da acção, tais como foram os casos de algumas situações de urgência ou momentos de decisão médica ou de enfermagem que requeriam maior naturalidade e concentração.

Validámos com cada participante a sua autorização sempre que nova etapa do estudo se iniciava, como por exemplo, a realização de entrevistas, as gravações, a aplicação de testes e outros.

Por fim, solicitamos-lhes a formalização deste consentimento através da assinatura da declaração que apresentamos no anexo VIII.

Deste modo, a todos assegurámos a reciprocidade das responsabilidades inerentes a cada papel, a colaboração e a ajuda mútuas, bem como tivemos ainda a preocupação de adequar a linguagem aos contextos das participantes.

Dadas as especiais características do processo de gravação áudio (Morse & Field, 1998), para além da solicitação de autorização para a gravação dos protocolos de verbalização do pensamento e entrevistas, foi garantida a sua destruição após a discussão da tese.

Foi ainda assumido o compromisso com cada participante de o investigador não revelar a terceiros, tanto quanto possível, a sua participação no estudo, e obrigatoriamente de guardar sigilo acerca do conteúdo ou do processo daquela, até à conclusão da recolha dos dados, embora admitindo a sua revelação ulterior aos interessados.

Por fim, na fase de relatório, foram também assegurados a confidencialidade e o anonimato dos participantes, a descrição honesta e responsável no tornar público de todo o processo de investigação e respectivos resultados e estabelecida a promessa de deixar no hospital onde o estudo se desenrolou, um exemplar do relatório.

Tivemos pois em consideração os riscos e os benefícios do projecto, as limitações do investigador, a propriedade dos resultados, o consentimento informado dos participantes, o direito à recusa de participação, a privacidade / confidencialidade / anonimato, a protecção contra danos, a qualidade da pesquisa e a divulgação e utilização dos resultados.

Neste capítulo procurámos descrever as diferentes etapas metodológicas do estudo, incluindo as estratégias de acesso e as técnicas de recolha, organização e análise dos dados. Referimos ainda o modo como assegurámos o rigor e lidámos com algumas das principais questões de natureza ética.

Naquele que se segue iremos apresentar os principais resultados.



### **3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

Os resultados que a seguir apresentamos referem-se aos dados obtidos através dos diferentes instrumentos e técnicas de colheita de dados utilizados neste estudo e da sua aplicação às 27 enfermeiras que nele participaram.

Assim, neste capítulo, para além dos elementos inerentes aos contextos, aos actores, e às principais dificuldades com que estes se deparam no processo de prestação de cuidados e durante o qual ocorrem muitas das decisões clínicas que os enfermeiros tomam, descreveremos o processo e os padrões de decisão clínica de enfermagem, os padrões de habilidade cognitiva das participantes, bem como a possível relação entre ambos (hipótese de investigação).

Dividimo-lo em três partes, segundo a natureza, os métodos e as fontes de dados.

Na primeira parte, procurámos organizar a apresentação dos resultados obtidos durante o trabalho de campo, ou seja, o local onde efectuámos a observação, as entrevistas e a gravação concorrente do pensamento das participantes. Incluirá, por isso, alguns dados demográficos e de contexto, das estratégias cognitivas identificadas como inerentes ao processo de tomada de decisão clínica de enfermagem e a caracterização dos padrões de decisão, nossa variável dependente.

Na segunda parte, procederemos à apresentação dos dados colhidos através da aplicação dos testes para avaliação do pensamento crítico (Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal), do pensamento criativo (Torrance Test - Pensando Criativamente, Versão A - Forma Verbal) e da inteligência emocional (Multifactor Emotional Intelligence Scale), os quais constituem as variáveis independentes deste estudo.

Na terceira, iremos fazer referência à testagem da hipótese da presente investigação. Ela inclui, por isso, os dados inerentes às três variáveis independentes e o estudo das suas relações com a variável dependente.

Nestes três subcapítulos, privilegiaremos a apresentação dos resultados em detrimento da sua interpretação exaustiva e confronto com a literatura, as quais serão incluídas no capítulo destinado à discussão dos mesmos.

### 3.1. DADOS OBTIDOS NO TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo deste estudo foi iniciado em Dezembro de 2000, através do primeiro contacto informal que estabelecemos com as enfermeiras-chefes das unidades, no sentido de analisarmos e validarmos algumas das características que supúnhamos inerentes aos contextos, actores (utentes, enfermeiros e outros profissionais), bem como da receptividade dos mesmos à eventual colaboração e participação.

Este trabalho desenvolveu-se com subsequentes visitas semi-estruturadas às três unidades de internamento seleccionadas, com frequência crescente, até iniciarmos a observação geral, a qual foi sendo progressivamente focalizada.

Simultaneamente, foram estabelecidos contactos informais com outros actores, para além das participantes (enfermeiras) e responsáveis (enfermeiros e outros profissionais), e iniciadas entrevistas ocasionais, na maior parte informais, nos momentos em que necessitávamos esclarecer ou validar algum dos aspectos observados.

Uma vez seleccionadas as participantes, conseguida uma satisfatória saturação de dados gerais, obtido um maior conhecimento, uma relação de confiança e de proximidade mais aprofundadas com as participantes e as utentes, iniciámos os contactos para o teste da recolha de dados através do método de gravação da verbalização concorrente do pensamento, conforme descrito no capítulo anterior.

À medida que prosseguíamos a recolha de dados através da observação directa, procedemos a uma segunda gravação com cada participante, seguida de uma entrevista para esclarecimento de alguns aspectos não verbalizados durante aquela gravação.

Obtida a saturação de dados gerais e de cada participante individualmente, e concluída a maior parte das gravações, iniciámos o convite e a preparação das participantes para a realização dos testes psicométricos, pelo procedimento descrito no capítulo inerente à metodologia.

Posteriormente, regressámos algumas vezes ao campo, apenas para completar as gravações definitivas com algumas das participantes as quais, por diferentes motivos (férias ou outras ausências), não tinha sido possível ainda realizar.

Passaremos a apresentar, nas secções que se seguem, os resultados de todo o trabalho de campo, depois de organizados, reduzidos, codificados e categorizados os dados, pelo processo descrito no capítulo anterior.

Iniciamos com os dados demográficos e de contexto, para depois passarmos a descrever os inerentes ao modelo de decisão clínica, identificando as suas principais componentes. Por fim, apresentaremos a caracterização dos padrões de decisão clínica que identificámos.

### **3.1.1. DADOS DEMOGRÁFICOS E DE CONTEXTO**

O presente estudo foi efectuado em três Unidades de Medicina de um Hospital Central Português.

A sua realização em três Unidades baseou-se na necessidade de conseguirmos um número mínimo de 20 participantes, todos do sexo feminino, com as restantes características requeridas para a nossa amostra e, por conseguinte, passível de tratamento estatístico inferencial com uma margem de confiança aceitável.

Igualmente tivemos em consideração as características das utentes e os ambientes físicos (estrutura arquitectónica, lotação, equipamentos, materiais, dotação das equipas) e conceptuais (filosofia, padrões de cuidados, método de trabalho, normas, etc.) semelhantes.

Neste subcapítulo, iremos descrever os ambientes observados, efectuando uma breve caracterização dos contextos, dos actores, das utentes, e dos cuidados, a par com a enumeração de algumas dificuldades constatadas. Faremos igualmente referência à organização da prestação de cuidados, descrevendo algumas características do método de trabalho e algumas das bases da programação dos cuidados de enfermagem.

#### **Estrutura Arquitectónica**

As Unidades, por vezes designadas de “Serviços”, onde se efectuou a observação situam-se na mesma ala de um edifício recuperado há cerca de uma década, de um hospital com cerca de oitenta anos, que não fora concebido para o efeito.

A sua desadequação à actual actividade faz-se sentir, possuindo algumas enfermarias cinco camas e outras três, as quais com frequência comportam uma ou mais camas adicionais. A distância, a localização, a qualidade e a funcionalidade das infra-estruturas sanitárias são manifestamente insuficientes, sobretudo tendo em consideração as características da população utente e as suas necessidades de cuidados.

Não obstante as frequentes dificuldades que daí advêm, o aspecto negativo que mais preocupa os profissionais é a discrepância entre o número de camas da lotação de cada unidade (24, 27 e 29) e o número de utentes que habitualmente permanecem em camas suplementares. A presença de utentes em camas supranumerárias nas enfermarias e corredores atinge por vezes um número superior à sua lotação oficial.

Estas situações são susceptíveis de condicionar significativamente o processo de prestação de cuidados, tornando-o menos adequado, mais árduo, mais demorado, com incremento dos riscos e inevitável impacte negativo na qualidade, na segurança e na eficácia dos cuidados.

Por exemplo, em determinadas ocasiões, constatámos ser necessário mobilizar três ou quatro utentes nas respectivas camas, mesas-de-cabeceira, cadeirões e outros equipamentos, para que uma delas pudesse sair da enfermaria para, por exemplo, se deslocar ao serviço de imagiologia para efectuar uma radiografia de tórax, num processo que envolvia alguns enfermeiros e auxiliares de acção médica, durante um determinado tempo.

Igualmente, muitos dos cuidados são prestados nas exíguas enfermarias ou nos corredores, na presença de visitantes e outros profissionais não directamente envolvidos nos mesmos.

Para melhor ilustrar esta situação atentemos às seguintes descrições retiradas das notas de campo, em diferentes momentos.

“Continuam a evidenciar-se dificuldades estruturais. Por exemplo, o caso da utente que precisou ser aspirada e estava no corredor; a utente que estava na maca e necessitou de ir para uma cama; a dificuldade que senti em movimentar-me dentro de uma enfermaria em que apenas tínhamos introduzido uma cama adicional com a doente para aspirar, doentes no corredor, interferências das visitas, dos telefones, enfim, um contexto de bastante dificuldade na prestação de cuidados.” NC2

“Enquanto a acompanho nos cuidados aos utentes, fala-me das dificuldades estruturais, dos problemas que surgem quando têm de mobilizar as camas dos utentes para dentro ou para fora das enfermarias, para ir ao RX. Gastam muito

tempo nisso, têm muita dificuldade, o que é de facto notório devido à exiguidade de espaço.” NC6

“Desencadeia-se todo o processo de transferência de uma utente inconsciente de uma cama para outra num corredor. É um autêntico puzzle. Num espaço exíguo, numas condições altamente insuficientes.” NC15

“Despede-se das utentes e dirige-se para o outro extremo do corredor para administrar a medicação a uma utente idosa e desorientada.” NC61

“As colegas estavam ainda a ultimar os cuidados de posicionamento das utentes. Numa só enfermaria encontravam-se 3 utentes para irem para o RX, todas com O2, implicando a colocação de O2 portátil. As dificuldades de espaço são grandes, envolvendo praticamente todos os recursos disponíveis nesta actividade.” NC87

Para além destas condições físicas, as enfermeiras defrontam-se com outras dificuldades inerentes aos equipamentos.

### **Materiais e Equipamentos**

Não obstante as características e as necessidades das utentes, as ajudas técnicas para os cuidados mostram-se incipientes. Os materiais são por vezes inadequados ou insuficientes. Existe apenas um equipamento para medir os parâmetros vitais (*Dinamap*) e em algumas ocasiões, por exemplo, havia apenas um termómetro disponível.

Material essencial como almofadas em tamanho adequado para posicionamento de utentes e outros meios mais modernos, porém de uso corrente, como bombas perfusoras, colchões de pressão alterna, almofadas de gel, calcanheiras, resguardo de pele sintética, e outros dispositivos de alívio de pressão, não se encontram disponíveis.

Para melhor ilustrar estas dificuldades, considerámos alguns excertos.

“Entretanto uma colega apresenta alguma indignação porque, segundo refere, já é a terceira bomba perfusora que pede a duas outras unidades naquele turno porque, tal como as do serviço, também estas não funcionam. Ainda para mais o elevador não funciona, tendo que carregá-las na mão ao descer e ao subir, tomar o elevador do outro lado (A colega tem de fazer este trabalho porque apenas se encontra uma auxiliar de acção médica que está muito ocupada com a ajuda a outras enfermeiras nos cuidados às utentes).

“Posteriormente acompanho uma colega na avaliação de sinais vitais. Utiliza os meios tradicionais porque o dinamap está avariado. Queixa-se um pouco, sobretudo nas noites, do trabalho e desconforto acrescidos. Têm de contar manualmente a frequência dos pulsos.” NC19

“Ao dirigir-me à enfermaria, encontro-a a tentar colocar o O2, mas não consegue conectar o tubo. Pede-me ajuda, mas também não o consigo. Tinham colocado uma anilha para conectar outro aparelho e não havia material para a retirar. Teve que mudar a utente de cama. Um pouco em desabafo diz-me que hoje precisa mesmo de “uns patins” para responder a todas as solicitações.” NC31

“No serviço, neste momento, apenas existe um termómetro. Por isso terá de aguardar pela sua vez.” NC75

“(…) Oh, é! Isto está uma tristeza! Não há nada! Tem tanta gente..., há tanta falta de material! (...) A en<sup>ra</sup> X já veio agora trazer fraldas, que ela pediu. (...) Ah, que remédio, ela teve que trazer porque... (sorri, humor de ambas) (...) É o que a gente agora mais sabe fazer, pedir esmola (sorri)!” GVP26; NC96

### **Outras Dificuldades**

Para além das dificuldades relacionadas com a estrutura física, os materiais e equipamentos acima referidas, outras fazem parte do quotidiano profissional das enfermeiras participantes neste estudo. É a dificuldade em contactar os médicos, os maqueiros, o serviço de transportes, o acesso ao fax com os resultados das análises enviados pelo laboratório localizado noutra hospital, são as interferências dos familiares, visitantes, outros profissionais, bombeiros, utentes que chegam da urgência, da consulta ou do lar. São os telefones, as informações, as campanhas, outros elementos da equipa, etc. A todas estas solicitações o enfermeiro terá que responder em tempo oportuno, mantendo sempre um olhar atento e vigilante dos seus utentes e familiares.

Até mesmo no acesso à informação contida no processo do utente as colegas enfrentam dificuldades. Não raras vezes a escrita manual, sobretudo médica, torna-se de muito difícil leitura, requerendo por vezes contactos telefónicos adicionais para esclarecimento.

Igualmente, as questões da organização e gestão do serviço são uma constante no trabalho da enfermeira. É a chegada de produtos da farmácia ou dos serviços de aprovisionamento, a gestão das camas, as requisições de materiais, a articulação interdisciplinar, entre outras. As enfermeiras funcionam de facto como gestoras de cuidados dos seus utentes.

Também os problemas das utentes, por vezes, constituem dificuldades acrescidas requerendo muitos recursos. Por exemplo, é o caso das utentes obesas, das utentes desorientadas, da instabilidade clínica das utentes agudas e das dificuldades de adaptação de algumas destas com alta médica e que permanecem no serviço por motivos sóciofamiliares.

Até mesmo algumas dificuldades no funcionamento da equipa multiprofissional com alguns elementos que pouco colaboram no sentido de um verdadeiro trabalho de parceria. Segundo referem as enfermeiras, algumas vezes até parecem agir de propósito, não se coibindo de chegar ao ponto de correrem o risco de poder prejudicar os utentes para fazer prevalecer a sua vontade.

Talvez estas frases transcritas das notas de campo possam melhor ilustrar algumas das dificuldades sentidas.

“Relatam também as dificuldades que tiveram durante a noite para acederem aos resultados de uma análise que foram enviados por fax, que ninguém sabia da chave àquela hora, entre outras dificuldades com que se defrontam nos seus quotidianos profissionais.” NC3

“Está a chegar uma utente muito obesa, embora ainda nova (aparenta ter mais de 200Kg) .... Existem muitas camas no corredor, há necessidade de transferir uma outra utente que se encontra numa cama com regulação em altura e mais robusta, uma vez que uma cama normal não aguenta com o peso da utente que chega. Entretanto, ao movimentar a utente na cadeira de rodas, faz com que uma das rodas se parta, por não suportar tamanho peso.” NC15

“Num dos serviços, ao perguntar a uma colega se precisava de ajuda, diz-me que sim. Ficamos 5 enfermeiros a tentar mudar de cama uma utente muito obesa, edemaciada e com insuficiência respiratória. Viria posteriormente a falecer. Uma colega justifica-se-me o motivo daquela transferência, e outra queixa-se da funcionalidade da cama...” NC33

“Fico um pouco no serviço e ouço o desabafo da colega porque tinha chamado o médico para duas das suas utentes que necessitavam e que este, apesar de ter vindo ... não tinha visto as utentes. Estava muito indignada com a situação. Seguem-se outros desabafos, nomeadamente em relação ao esforço que empreendem na defesa dos direitos das utentes e na incompreensão de que são alvo....” NC61

“Não se lembra de outra situação? Outra situação... Foi o processo da Sr<sup>a</sup> X, porque ela queria telefonar para a família, tinha alta e a doente queria ir..., ehhh... e são tudo coisas que se eu não ando em cima do processo, ele só chega aqui lá por volta das duas e tal...!” ENT6

## Características das Utentes

As utentes são todas do sexo feminino, na sua maior parte idosas, por vezes com idades muito avançadas, portadoras de situações agudas, agudizações ou com alta médica, que permanecem no hospital por não possuírem condições económicas ou sociofamiliares para poderem regressar a suas casas.

Entre os seus problemas mais frequentes estão os respiratórios, neurológicos, metabólicos, gastrointestinais, de incontinência, motores, de integridade da pele, de mobilidade, de consciência, de cognição, de orientação, emocionais, patologias crónicas (respiratórias, renais, neurológicas, vasculares, metabólicas, oncológicas), entre outras.

A maior parte das utentes são dependentes na alimentação, na higiene, na movimentação e na eliminação, estão inactivas ou com significativa intolerância à actividade, são portadores de alto risco para quedas, úlceras por pressão, asfixia, desidratação e desnutrição. Possuem muitas vezes uma incipiente implicação no processo de saúde, falta de conhecimentos, requerem uma monitorização quase permanente e estão sujeitas a esquemas terapêuticos cada vez mais sofisticados. Muitas delas possuem uma esperança de vida ainda assinalável.

Muitas sofrem de múltiplos destes problemas, estão inconscientes, desorientadas, dependendo totalmente do cuidado do enfermeiro ou seus colaboradores. As dificuldades de interacção são evidentes, exigindo do enfermeiro algum tempo de relação no sentido de as estimular. Algumas encontram-se em estados terminais.

Atentemos a algumas transcrições de notas de campo que julgamos ilustrar o anteriormente referido:

“Fala-me entretanto da problemática de uma outra utente da enfermaria, a fazer hemodiálise, com necrose de um pé, com diabetes, descompensada, hepatite, obnubilada, etc.” NC11

“Estavam três utentes, duas delas acamadas, quase inconscientes, e uma idosa no cadeirão. As duas utentes possuem sondas, oxigénio, úlceras de pressão, perfusões endovenosas, e uma delas um dreno torácico.” NC34

“Sabe que não vale a pena deitar bem a utente porque esta se levanta logo, que está desorientada, e por isso com risco acrescido de queda, ...” NC44



“É uma utente idosa, praticamente abandonada, confusa, bastante agressiva, com dificuldade respiratória, com cianose acentuada e estado de higiene bastante degradado, entre outros problemas.” NC60

“... junto de uma utente muito queixosa, idosa e com alguma confusão mental” NC72

“... onde se encontra uma utente em estado terminal, muito pouco colaborante, embora consciente.” NC94

## Características dos Enfermeiros

Nas três unidades onde decorreu o nosso estudo, durante o período de observação, as equipas de enfermagem eram todas do sexo feminino, com idades muito jovens, e antiguidades profissionais predominantes inferiores a cinco anos.

As habilitações profissionais mais frequentes são o bacharelato, havendo algumas enfermeiras com licenciatura, obtida pela via do Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, do Ano Complementar de Formação ou do Curso de Complemento de Formação para Enfermeiros.

Quanto às participantes neste estudo, para além dos critérios descritos na Amostra, possuem as seguintes características demográficas (quadro 1):

Quadro 1: Valores das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis Idade e Antiguidade Profissional das participantes

	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
Idade	33	24	26.59	26	24	2.44
Anos de Profissão	5	3	3.59	3	3	0.8

Comos podemos verificar, as idades variaram ente 24 e 33 anos e o tempo de exercício profissional entre três e cinco anos. As restantes medidas de tendência central são muito aproximadas em ambas as variáveis. É de referir ainda que quanto ao estado civil, 25 participantes são solteiras, duas casadas, e destas apenas uma tem filhos.

## Características dos Cuidados

Os cuidados são prestados com maior ou menor individualização, dependendo de vários factores tais como as características das utentes e dos enfermeiros, a intensidade de cuidados, a organização do trabalho (individual ou em equipe), entre outros, porém sempre sujeitos a múltiplas interferências. Desenvolvem-se fundamentalmente em função de esquemas de organização (rotinas) estabelecidas de acordo com a tradição, horários de trabalho e os aspectos das utentes mais valorizados pela equipe.

Um dos aspectos que mais nos chamou à atenção foram as **Interferências no Processo de Prestação de Cuidados**, em cuja categoria encontrámos mais unidades de registo no corpus em análise - 166.

Para melhor ilustrar esta situação, analisemos as seguintes transcrições.

“Existem interrupções frequentes pelo telefone, pelos familiares, e pelas colegas que solicitam ajuda. Há a utente que vomita antes do jantar e a colega decide chamar o médico, outros que vomitam e não é preciso tal procedimento, há uma utente muito jovem que exige uma maior atenção por parte da colega.” NC1

“Apercebe-se de uma utente desorientada que passa no corredor com um copo na mão. Deixa imediatamente o que está a fazer e dirige-se à utente para lhe retirar o copo, pois esta corria risco.” NC17

“Além disso, existem sempre várias interferências tais como as visitas que chegam e se lhes dirigem, os telefones, uma utente que chama porque tem um problema, os mecânicos do elevador que o vêm arranjar, o avaliar os sinais vitais de uma utente que chega dos serviços de apoio, o problema desta utente que não almoçara e que se torna necessário solicitar que o jantar suba mais cedo porque a utente tem muita fome, tem estado em jejum....” NC26

“... interage com os familiares, tem várias interferências, quer de outras utentes, quer de familiares, colegas ou auxiliar de acção médica. Está atenta às outras utentes enquanto presta cuidados e acode-as, mesmo àquelas que não lhe estão atribuídas” NC55

“... sofre interferências variadas, inclusivamente numa das utentes em que substituíra o soro, detecta cianose labial e das extremidades e imediatamente coloca O2.” NC62

“Acontece muitas vezes haver intercorrências, por exemplo de utentes que agravam o seu estado, que possuem infiltração de soros, que retiram a sonda de oxigénio, etc.. Por vezes, no intervalo dos cuidados de higiene têm de ir colocar soros das utentes que já foram à WC, para lhes administrar medicação. Muitas vezes tem de reajustar o seu plano de organização de trabalho.” NC89

Outra das características dos cuidados é a **Intensidade**, como podemos verificar pela leitura dos excertos das notas de campo:

“CO: É um trabalho muito intenso, que exige muita resistência física e emocional, e sobretudo muita habilidade e conhecimento individual de cada utente, com uma variedade de actividades e de interferências.” NC1

“Os cuidados são prestados com alguma rapidez. Segundo referem, têm muitas utentes para atender (de facto têm muitas utentes no corredor!) e pelo facto de apenas estarem três elementos no turno da tarde implica que, para conseguirem a alimentação, em tempo útil de todas as utentes, têm mesmo que prestar os cuidados à pressa. (Ainda assim, não deixam de se dirigir às utentes pelo nome e de terem alguma individualidade nos cuidados).

“A colega, ao passar por mim, refere-me que hoje é um dia muito cansativo em função das muitas solicitações. Ainda para mais, num dia em que ela própria é que precisava de ajuda. Segundo refere, já hoje foi solicitada para dar apoio psicológico a três famílias. De facto parece muito cansada e fragilizada. Mas, junto das utentes, faz tudo para não o parecer.” NC31

“Ao chegar, verifico que as colegas estão numa azáfama muito grande, pois têm muitas utentes e acabam de receber duas outras da urgência que necessitam de muitos cuidados.” NC60

“A intensidade, frequência e diferenciação de cuidados é muito grande, desde treinos vesicais, muitos soros e outra medicação, muitas utentes que requerem vigilância apertada, utentes semi-externas para tratamento, utentes muito dependentes, com alto risco para úlceras de pressão e até mesmo situações reais, muitas interferências de familiares; as colegas estão bastante distribuídas pelo serviço, muito atentas e vigilantes, a andar de um lado para outro depressa, porque a situação assim o exige.” NC79

“De salientar os seguintes aspectos, já anteriormente verificados: dificuldade do trabalho do enfermeiro, a excessiva solicitação, a responsabilidade pelos utentes que estão mal e a pouca atenção que podem prestar a casos, embora urgentes, complexos e de gravidade, levando a situações de alguma superficialidade na abordagem dos problemas.” NC96

Ainda no que se refere às características dos cuidados, apesar de termos verificado uma preocupação com o todo das utentes, existem no entanto alguns **aspectos das utentes que são mais valorizados** tais como o nível de consciência, o posicionamento, o conforto, o arranjo pessoal, o estado da pele, a eliminação, as perfusões em curso e as drenagens, entre outros, como podemos verificar através da leitura das seguintes transcrições:

“Verificam fundamentalmente a eliminação, a integridade da pele e o posicionamento das utentes,” NC21

“As áreas de maior atenção são a pele, a eliminação, o posicionamento, o conforto físico e (por vezes) psicológico e as perfusões.” NC54

“Presta atenção a alguns pormenores, designadamente as zonas de proeminência óssea da pele, a eliminação, o nível de resposta, a parte respiratória, o O2, soros, drenagens” NC87

“Os aspectos de maior atenção são a higiene, os pensos, a mobilidade, o tipo de colaboração,” NC88

Para fazer face a tamanhas solicitações, ao longo do tempo as enfermeiras desenvolveram métodos próprios de organização dos cuidados, alguns dos quais se evidenciaram durante a observação que efectuámos.

### **A Organização dos Cuidados**

A organização da prestação de cuidados verificou-se de algum modo variável consoante a intensidade de trabalho, a composição das equipas, os momentos em que estes decorrem, o tipo de turnos, as sequências de cuidados (rotinas), sendo porém semelhante nos três contextos onde efectuámos o trabalho de campo.

O **Método de Trabalho** observado varia, igualmente, consoante o turno e a actividade a desenvolver, entre o individual por responsável, o trabalho em equipa (intradisciplinar) e o método funcional. No turno da manhã, a prestação de cuidados pelo método de enfermeiro responsável é o modo prevalecente. Nos restantes turnos, as colegas prestam cuidados em equipa, sobretudo por ocasião das mudanças de posição das utentes, ou em cuidados que requeiram mais do que uma pessoa, havendo outros em que o método funcional prevalece.

Igualmente, verificámos que as características individuais das enfermeiras e a intensidade dos cuidados necessários constituem factores importantes de influência no método de organização da prestação de cuidados.

Vejamos alguns excertos retirados das notas de campo:

“Observo tratar-se de um trabalho de algum modo funcional em alguns momentos, mas em outros, sobretudo com algumas colegas, verifico um trabalho

personalizado, porquanto têm uma forma muito particular no lidar com cada utente (individualidade).” NC1

“É um trabalho sequencial, aparentemente segundo uma ordem espacial que se relaciona com a localização das utentes que estão atribuídas a cada enfermeira, mas que se rege por prioridades em relação às necessidades das utentes.” NC7

“Estão cada qual com as suas utentes e a entreaajuda não é muito nítida.” NC39

“Dirijo-me então à enfermaria onde se encontram a prestar cuidados duas enfermeiras. Igualmente verifico que o cuidado é mais do tipo funcional daquele que evidenciam quando estão a prestar cuidados individualmente.” NC46

“Passei pelos 3 serviços. Em todos eles as colegas estavam junto das suas utentes nos cuidados da manhã, na orientação das utentes para os cuidados de higiene, estando a prestar cuidados na maior parte dos casos de um modo individual, dentro de um padrão mais funcional ou não, consoante as utentes e as colegas.” NC86

Como referimos, da equipa multidisciplinar fazem parte, sobretudo, médicos, assistentes sociais, técnicos de diagnóstico e terapêutica e, naturalmente, os auxiliares de acção médica. Por vezes, os familiares colaboram, e as enfermeiras aproveitam a oportunidade para os orientar e ensinar no sentido de os preparar para a alta.

Para ilustrarmos alguns destes contextos de **trabalho de equipa**, intra e interdisciplinar, consideremos as seguintes descrições das notas de campo:

“Entretanto chega a médica de serviço. Fala com as enfermeiras que se encontram na sala de trabalho sobre as duas utentes cuja situação estava pendente. Trocam impressões, numa atitude de parceria, de concertação de actividades.” NC7

“Cada colega tem a sua utente mas prestam cuidados às que estão mais próximas para se entreaajudarem. A auxiliar de acção médica colabora.” NC10

“Verifica-se que sempre que as colegas detectam algo numa das utentes, procuram resolver imediatamente, sozinhas ou com ajuda de uma colega, solicitando a enfermeira responsável pela utente sempre que a situação é de maior complexidade ou quando não possuem a informação suficiente para actuarem.” NC19

“A colega generalista combina a articulação com o colega especialista em reabilitação relativamente à demonstração do banho e da mobilização e permanecem posteriormente muito tempo com a família na enfermaria, no ensino aos familiares....” NC22

“A enfermeira chefe recebe uma assistente social que lhe pede para seleccionar uma utente para o HDJA (lar).” NC22

“Depois chega também o médico. Trocam opiniões entre si, desde a componente terapêutica à interpretação do estado da utente, da sua evolução, dos exames realizados, entre outros. CO: Existe aqui uma grande preocupação com a

utente, um conhecimento muito grande da utente, uma partilha de pontos de vista, um trabalho de parceria em equipa.” NC55

Igualmente, se verifica uma preocupação em colaborar com as colegas, mantendo um acompanhamento recíproco das actividades e um espírito de **Cooperação na Equipe**, como podemos verificar através dos seguintes exemplos:

“Observo uma atenção permanente ao trabalho das colegas e uma entejuda muito boa, embora trabalhem em separado.” NC1

“Entretanto está atenta ao que se está a passar na enfermaria com as colegas e utentes. Partilham informação.” NC55

“Estavam 4 colegas a cuidar da utente, umas atendem ao nível de resposta enquanto a deitam na cama, outras às perfusões, sinais vitais, glicémia, etc. A glicémia está normal. O pulso muito lento e a tensão arterial muito baixa. Raciocinam, trabalham e decidem em conjunto. Colocam imediatamente um soro fisiológico em curso para aumentar a volémia e manter um acesso venoso. Chamam entretanto a médica de urgência.” NC70

“Toda a equipa é mobilizada (médicos, enfermeiros e auxiliares de acção médica) e o respectivo material. Todos se envolvem na reanimação, incluindo eu que faço massagem cardíaca.” NC72

“ (sai para buscar algo) ... Dá-me licença, que a mulher não está nada bem! Quero, quero ajuda. Prepara-me um soro! (Qual é o que queres?) Quero um soro fisiológico com aminofilina e o material para puncioná-la! ... A mulher não está nada bem e ...” GVP18; NC84

Não obstante algumas dificuldades por vezes observadas e referidas pelas participantes, deste trabalho de cooperação resultam **decisões colectivas intra e interdisciplinares** muito importantes para os cuidados às utentes, como podemos verificar pelos seguintes excertos retirados das notas de campo:

“A colega e a médica planeiam algumas acções para as suas utentes naquela tarde.” NC3

“Fico um pouco, observo e constato que uma colega das mais novas pede a opinião de uma mais experiente acerca do produto a aplicar num determinado penso, fora do habitual.” NC9

“Entretanto, uma das colegas atende o telefone de alguém da portaria a perguntar se uma criança que acompanhava uma das visitas poderia subir.

A colega partilha com as outras, sobretudo com a mais experiente que é responsável de turno, ponderam em conjunto, analisam o estado das utentes da enfermaria e decidem que a criança pode subir.” NC15

“Simultaneamente, discutiam os critérios para seleccionar a utente que deveria ir para o lar. Rapidamente percorrem as utentes com alta problemática e chegam a um consenso baseado nas condições da utente, nas condições que o serviço actual poderia oferecer e a opinião da família e nas limitações impostas pelo serviço de destino (poucas feridas; não muito dependente, nem com muitos factores de risco ou em estado terminal). É então identificada a utente por consenso.” NC22

“Uma das colegas que não estava com a utente, mas mais experiente, coloca a questão da real necessidade deste soro, reflectem em conjunto e em voz alta e rapidamente acordam não tentar de novo e sugerir ao médico para passar a terapêutica para a via oral, uma vez que a utente come e bebe o suficiente.” NC77

### **Outras características da Organização do Trabalho**

A prestação de cuidados processa-se, como vimos, tanto pelo método individual por enfermeiro responsável, como em equipas de dois ou mais elementos (enfermeiros e auxiliares de acção médica).

A organização do trabalho contempla por vezes o atendimento de mais do que uma utente e as colegas mantêm-se permanentemente atentas ao que se está a passar no serviço ou enfermaria.

Constata-se ainda uma atitude de **supervisão permanente** por parte das enfermeiras de tudo o que se passa no serviço, a qual poderá ser melhor verificada através da leitura dos seguintes excertos:

“Mantêm uma visão global dos utentes e do serviço e estão atentas.” NC17

“CO: Uma vez mais se verifica que quando as enfermeiras estão junto de uma utente, mantêm uma atenção e vigilância permanente das restantes, interagindo e actuando caso considerem necessário.” NC62

“(Verifica que ao fundo há uma utente que chega ao serviço). É a srª que desceu? ... Ah! ...” GVP14; NC74

“Falo particularmente com a enfermeira X que se encontrava a dar alimentação a uma utente desorientada e, simultaneamente, a orientar uma auxiliar de acção médica na alimentação de uma utente com dificuldades.” NC79

“Interage com os muitos familiares presentes, e numa situação questiona sobre o modo como estavam tantos familiares junto de uma das utentes recém chegadas, mas não interfere, apenas procura saber o modo como entraram.” NC88

Outro dos aspectos verificados na organização da prestação de cuidados é o carácter muitas vezes de **Imprevisibilidade do Tempo de Prestação de Cuidados**, dos quais são exemplos os seguintes.

“Pareceu-me um dia de menor previsibilidade relativamente às actividades. Num dos serviços, num dado momento, parecia tudo estar calmo, mas uma hora e meia depois verifiquei uma grande azáfama, devido a situações de utentes que exigiam das enfermeiras uma vigilância mais apertada.” NC2

“Este cuidado requer muito tempo, a enfermeira X mostra muita disponibilidade, dá tempo à utente para fazer, incentiva-a a fazer o que pode, explica ao marido a razão de não substituir a utente e a necessidade de a estimular, embora demore mais tempo...” NC67

“A utente oferece resistência e a colega tenta obter o seu consentimento e colaboração, facto que leva muito tempo.” NC82

“CO: Uma actividade, mesmo aparentemente de rotina, por vezes requer muito tempo para a sua realização e está sujeita a várias interrupções.” NC94

Outra característica da organização da prestação de cuidados observada foi realização de **Acções Múltiplas e Simultâneas**.

De facto, ao se dirigirem a uma utente para lhe prestar cuidados, as enfermeiras interagem com esta e com as outras presentes no mesmo local ou durante o percurso, identificando e resolvendo problemas que entretanto vão surgindo, como podemos verificar através das seguintes transcrições:

“Uma colega estava dentro de uma enfermaria a avaliar os sinais vitais a uma utente com o “dinamap” e incentivava uma outra utente a fazer exercícios específicos de reabilitação do AVC.” NC12

“CO: Verifica-se que na relação verbal ou outra, muitas vezes as enfermeiras aproveitam estes contactos com múltiplos propósitos: obtenção de mais informação, identificação de problemas, melhor conhecimento da utente, estimulação, determinação do nível de consciência, apoio emocional, ocupação, etc.

Aliás, tenho verificado que numa interacção enfermeiro / utente, este desenvolve um conjunto de acções em simultâneo que servem diferentes propósitos, resolução de múltiplos problemas e que por vezes, se destina a mais do que um utente.” NC42

“Encontro posteriormente uma enfermeira que estava numa enfermaria de quatro utentes, a alimentar uma delas, enquanto prestava esclarecimentos e ensinava os familiares de uma outra em fase terminal, na alimentação por seringa, prestava igualmente apoio e interagia com outras utentes da enfermaria” NC74

“Contudo, questionada, refere que, habitualmente, e hoje também, enquanto aguarda os resultados, está a observar as utentes, as perfusões, o seu estado geral, as



suas necessidades, a interagir com estas e seus familiares e a intervir de imediato, conforme foi verificado.” NC88

Para finalizar este subcapítulo sobre os contextos da prestação de cuidados, consideramos oportuno fazer referência às **Bases para o Planeamento ou Programação dos Cuidados**.

Conforme pudemos constatar através da observação directa e de entrevistas com as participantes, a programação dos cuidados assenta em bases que, embora variando um pouco de importância consoante as preferências de cada enfermeira e a experiência destas, o conhecimento que possuem de cada utente, aparenta revelar-se determinante para a sua utilização.

Vejamos um resumo de uma das entrevistas efectuadas com o propósito de conhecer as bases para a programação dos cuidados por parte de cada participante e que nos parece revelador da forma como as participantes programam as suas actividades durante um turno de trabalho e das variáveis acima referidas.

“Refere que tudo depende se conhece ou não a utente. Durante a passagem de turno muitas vezes já está a consultar as notas de enfermagem, a folha de terapêutica e a das 24 horas dos seus processos, enquanto as colegas falam das outras utentes. Isto faz com que ao receber a informação das suas utentes possa já questionar a colega de forma muito mais dirigida.

Se for uma utente recém chegada, olha para o diário clínico, para as notas de entrada e para as notas de enfermagem das últimas 24 horas, a terapêutica e folha das 24 horas (parâmetros de monitorização). Consulta também o plano individual de cuidados, particularmente para colher informação sobre os pensos. Refere que nem sempre o plano é útil porque as situações são mutáveis e nem sempre este está actualizado, pelo que consulta com maior frequência as notas das últimas 24 horas. Refere ser o plano de cuidados particularmente útil para as utentes que desconhece.

Confirmou que a maior parte das vezes actua em função daquilo que observa junto do utente quando se encontra a fazer algo, porque, como refere, o utente está sempre em primeiro lugar e, por isso, se está ali e se o utente necessita, age de imediato, se observa ou se lhe perguntam ou referem algo. Deu como exemplo recente a utente que chegara do serviço de imagiologia com a cama desarranjada tendo aproveitado a oportunidade para posicionar de imediato a utente.” ENT14; NC87

Neste subcapítulo procuramos apresentar uma caracterização dos contextos, dos actores, dos cuidados, das dificuldades, em suma, dos ambientes e da organização do processo de prestação de cuidados onde decorreu o nosso trabalho de campo sobre o estudo da decisão clínica de enfermagem.

No que se segue procederemos à descrição do processo de prestação de cuidados ou de decisão clínica de enfermagem propriamente ditos.

### **3.1.2. O PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS OU DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

Como referimos na primeira parte deste relatório, em nossa opinião e na de vários autores de referência (Abdu-Saad & Hamers, 1997; Pesut & Herman, 1999; Fonteyn & Ritter, 2000; Thompson & Dowding, 2002) os termos “processo de prestação de cuidados” e “processo de decisão clínica de enfermagem” podem ser considerados como sinónimos. Neste estudo, todavia, embora consideremos que de uma única entidade se trata, utilizaremos, preferencialmente, a segunda expressão.

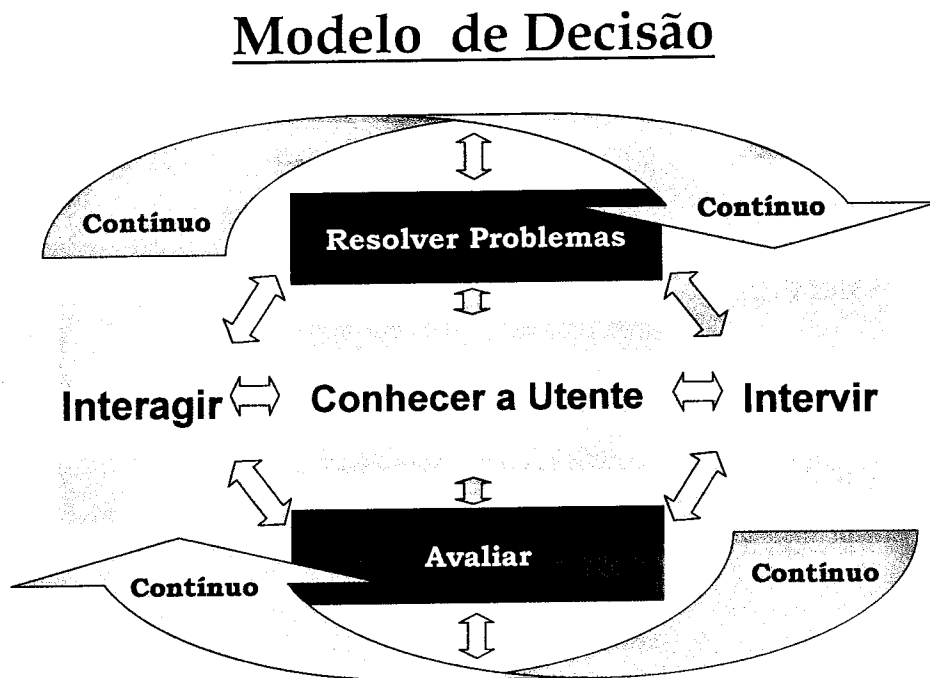
Passaremos então a apresentar uma descrição detalhada deste processo, baseada nos dados obtidos pelas diferentes técnicas utilizadas nesta investigação, quer junto das enfermeiras pertencentes às equipas das unidades em geral, quer das 27 participantes neste estudo em particular, independentemente do grupo (padrão de decisão) a que pertencem (cf. Cap. 3.1.3.).

Assim, da organização, análise e interpretação dos dados referentes à observação, entrevistas e protocolos obtidos através da verbalização concorrente do pensamento, cujo método descrevemos no capítulo inerente à metodologia, identificámos basicamente cinco grandes categorias de estratégias interrelacionadas e dinâmicas. Destas destacam-se dois contínuos permanentes, interacção e intervenção, que por sua vez servem de suporte a três outros contínuos do processo de decisão.

Estes componentes interactivos foram observados durante o processo de prestação de cuidados às utentes e configuram o modelo de decisão clínica de enfermagem que emergiu nesta investigação.

Os cinco principais contínuos identificados neste modelo são os seguintes: “Interagir”, “Intervir”, “Conhecer a Utente”, “Resolver Problemas” e “Avaliar” (Figura nº4).

Figura 4: Modelo de Decisão Clínica de Enfermagem



Seguidamente, apresentamos em maior detalhe as componentes, iniciando pelo contínuo “interagir” com o utente ou pessoa significativa. Um quadro com as categorias e subcategorias inerentes a este modelo pode ser consultado no anexo IX.

### **3.1.2.1. Interagir com a Utente ou Pessoa Significativa**

Ao longo do nosso trabalho de campo verificámos que, no processo de prestação de cuidados, mais especificamente aquando das sequências de cuidados pré-estabelecidas ou não, as enfermeiras estão permanentemente a interagir com as utentes, seus familiares ou outras pessoas que lhes são significativas.

Estão continuamente a colher informação, a identificar problemas e necessidades, a intervir, a avaliar e reavaliar a situação. Em alguns casos intervêm, por exemplo, estimulando as utentes, questionando, avaliando o nível de resposta, num ciclo de processamento de informação e decisão que engloba várias estratégias cognitivas.

Umás vezes, iniciam pela relação e permanecem comunicando e intervindo, outras iniciam pela intervenção, mantendo a relação.

Criam condições ambientais, atendem e acolhem as utentes e seus familiares, estão atentas ao global das utentes e, de modo simultâneo, utilizam os cinco sentidos para recolher essa informação, processá-la e conseqüentemente tomar as diferentes decisões acerca das mais adequadas e criativas estratégias de intervenção.

Neste estudo, codificámos 189 unidades de registo reveladoras deste contínuo, no qual incluímos as descrições de observações ou verbalizações que pudessem ser interpretadas como comportamentos das enfermeiras (acções de enfermagem) junto das utentes, reveladoras de interacção e intervenção contínua junto das utentes ou pessoas significativas.

Identificámo-la logo na primeira etapa da análise e, ao longo deste processo, subcodificámo-la, não sendo porém todas estas unidades exclusivas desta categoria.

Como exemplos de transcrições incluídas nesta categoria, consideremos as seguintes:

“Observo a interacção da colega com a utente. Esta mostra-se mais satisfeita, embora algo chorosa. A colega senta-se em frente da utente, conversa com ela, coloca a sua mão no joelho da utente, no membro da ferida. Induz o relaxamento e a concentração. A utente tenta acompanhar.” NC23

“Numa utente que está ligeiramente confusa, fala com ela, reorienta-a, lembra-lhe as coisas, pergunta se quer oxigénio porque, segundo refere, a utente precisa de oxigénio mas está continuamente a tirar a máscara. Relembra à utente alguns aspectos que ela negava. Por exemplo, a utente diz que não comeu e afinal comeu. Mesmo sabendo que a utente está confusa, formula o juízo sobre os valores da tensão arterial observados e comunica-os à utente.” NC25

“Com frequência pergunta-lhe se está a sentir-se bem, conversa com a utente, à medida que presta os cuidados, verifica que a utente está com dispneia, coloca-a na posição de semi sentada e administra o oxigénio (máscara). Comunica com a utente, diz-lhe que irá ficar melhor, tranquiliza-a, sabe que a utente não precisa de protecções laterais da cama e baixa-as...” NC40

“Pergunta às utentes pelo seu estado. Em função das respostas age em conformidade. Valida com as utentes os resultados dos cuidados. Numa das utentes que estava queixosa, pergunta-lhe se tem dores e tranquiliza-a. Interpreta e relaciona em voz alta a informação. Constata que não há grandes alterações. Passa a outra utente. Ajuda a posicioná-la. Ensina à filha sobre o tipo de camisa aconselhada para a sua mãe. Confirma a posição de conforto com outra utente da enfermaria. Pergunta se quer que eleve a cabeceira da cama, a utente diz-lhe que não.

Apesar de estar a prestar os cuidados de higiene orais, está atenta ao todo das utentes e vai intervindo à medida que as necessidades vão sendo identificadas. Está constantemente a falar com as utentes e seus familiares.” NC55.

“Dirige-se a uma das utentes, numa atitude de cuidado personalizado, trata a utente pelo nome, diz-lhe o que vai fazer, informa os seus resultados, conversa com as utentes, identifica problemas, formula juízos, recolhe nova informação, está atenta às outras utentes da enfermaria, interagindo concomitantemente com elas, numa das utentes mais apática e noutra com desorientação, tenta travar conversa, estimulá-la, intervém à medida que identifica os problemas e as necessidades das utentes, etc. Numa das utentes identifica um agravamento da sua apatia e tenta estimulá-la e definir a situação.” NC60

“(Dirige-se para junto da outra utente, sra. Y, ainda nova com hemiplegia por AVC). D. Y, deixe ver agora a sua mão para ver a tensão. (A utente refere-lhe algo). Diga D. Y? (A utente pergunta onde pode comprar um aparelho de medir a TA). Para quê, para ver a tensão? ... Mas isso, as sras. Enfermeiras do Centro de Saúde vão ver. Está bem?! Eu mando-lhe uma cartinha e elas vão mesmo a casa ver. ... Sra. Y, vamos combinar com a sua cunhada para ela vir aqui um dia para eu lhe ensinar como é que se dá banho na cama ..., enquanto está na cama, está bem?” GVP12; NC70

“Um copinho com água! ... (penteia a utente) Ela tem uma hemiplegia... à esquerda... Vou deixar um bocadinho, depois vou aspirar as secreções! ... A urina está clara..., bom aspecto! ... Estique, estique a perna! Isso! ... Estique um pedacinho..., para eu lhe pôr a almofada entre as pernas..., isso! ... Vou pô-la um pouco mais inclinada, por causa da respiração... Vou ter é que lhe pôr isto, um bocadinho de “Labelo”..., porque com o labelo..., fica melhor! Se não for isto, fica com os lábios gretados. Celulose..., vou pôr um resguardo de celulose no tórax..., porque ela elimina... secreções pela boca... Vou levantar a cabeça para lhe por isto por baixo, srª ... M...! Prontos! Agora vai comer!” GVP1; NC87

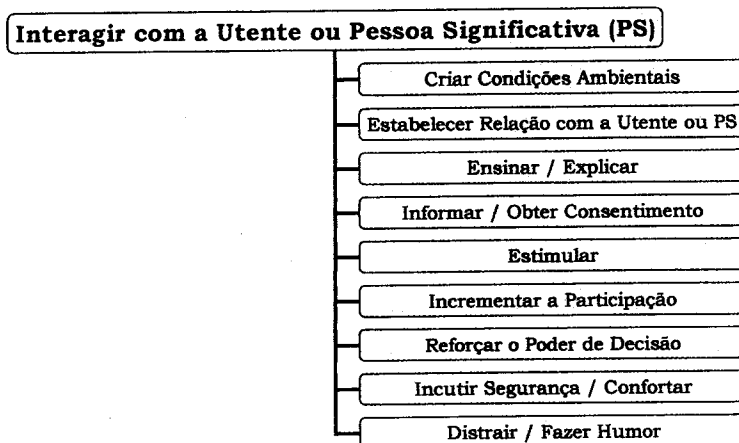
“Agora eu vou ver a sua tensão...! ...Vou ver a sua tensão num instantinho, sra M...! ... Teve visitas? (...) A sua filha veio? (...) Não veio ninguém hoje? (...) devem estar a trabalhar...!? Hoje é dia de semana! (...) (o aparelho apita, devolvendo os valores da TA) A sua tensão está boa! Está 15/6, está bem...? (...) Diga? A sua filha?! (...) A sua tensão está boa! Está 15/6! ...” GVP26; NC96

Inerente a este contínuo, e à medida que prosseguíamos a nossa análise, outras categorias menos abrangentes foram emergindo, as quais posteriormente incluímos numa categoria que designámos de “**Interagir**”.

Nesta, foram incluídas as unidades de registo de observações ou verbalizações reveladoras de inter-relação com as utentes e pessoas significativas, ou à criação de ambientes facilitadores desta relação, codificadas nas subcategorias que nesta secção serão apresentadas: “criar condições ambientais”, “estabelecer relação com a utente ou pessoa significativa”, “ensinar / explicar”, “informar / obter consentimento”,

“estimular”, “incrementar a participação”, “reforçar o poder de decisão”, “incutir segurança / confortar” e “distrair / fazer humor” (Figura nº5).

Figura 5: Estratégias cognitivas incluídas na categoria “Interagir”



### **Criar Condições Ambientais**

Criar condições ambientais, atender os utentes, familiares, pessoas significativas ou outras pessoas que se dirigem à unidade, incluindo profissionais de outros serviços, e integrá-los, conforme necessário, constituiu, no contexto dos locais onde se desenvolveu o presente estudo, uma atitude quase permanente das enfermeiras.

Esta atenção permanente para com as utentes, familiares e outros profissionais efectua-se com recurso a diferentes meios, seja através do contacto directo ou indirecto, ao telefone, interno ou externo. As enfermeiras funcionam como o rosto do serviço e a fonte de informação e de conhecimento para a satisfação das mais variadas necessidades, expectativas e problemas, tanto de utentes como de profissionais.

A todos acolhem e integram se necessário, informando, resolvendo problemas mais imediatos ou referenciando-os para outros locais ou profissionais. Inclusivamente, cuidam do ambiente físico, proporcionando temperatura, arejamento e luminosidade adequados. Eliminam factores de risco, fontes de perigo ou dano, e

proporcionam os meios de conforto, estimulação, protecção e segurança das utentes, dentro dos contextos físicos e recursos existentes.

Em função das necessidades e problemas das utentes, muitas delas idosas, dependentes, colocam-nas em locais estratégicos, na enfermaria ou no corredor, por forma a manterem-se activas, sob vigilância, com estimulação permanente de modo a prevenirem regressões nos seus já debilitados níveis de saúde, qualidade de vida e bem-estar.

Fazem-no relativamente às utentes que acabam de chegar da urgência, da consulta ou de deslocações a outros serviços. Igualmente atendem às solicitações de todos os outros utilizadores que se lhes demandam quase permanentemente.

Assim, codificámos nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações referentes a comportamentos das enfermeiras susceptíveis de proporcionar condições ambientais gerais ou facilitadoras da relação, que promovam o bem-estar das utentes ou evitem o agravamento da sua situação, o atendimento de utentes ou seus familiares, e ainda o acolhimento das utentes na unidade, quando regressados de consultas ou realização de exames auxiliares de diagnóstico.

Para melhor ilustrar este processo, atentemos às seguintes transcrições reveladoras da criação de condições ambientais gerais facilitadoras da relação, que promovem o bem-estar das utentes ou evitam o agravamento da sua situação:

“Ao chegar, as colegas estavam a transferir algumas utentes que estavam no corredor para dentro das enfermarias, porque entretanto existiam algumas vagas e porque queriam juntar na mesma enfermaria as utentes conscientes, para que estas pudessem conversar entre si, ...” NC14

“Gera-se um clima de informalidade entre o utente, a família e os colegas.” NC15

“Cuida do ambiente, pergunta à utente se não prefere a porta aberta em vez da janela que estava aberta para ventilar. A utente responde que sim, que é melhor para se distrair.” NC20

“Escolhe o melhor local do corredor para que a utente possa ver, pelo menos, as pessoas a passarem.” NC70

“... (a colega vai junto da utente que acaba de chegar do serviço de urgência) Boa tarde! Eu estive aqui dentro mas nem sequer falei consigo!” GVP9; NC92

“... sofre uma interferência de um familiar de uma utente que falecera na noite anterior. Retira-se para falar em privacidade, e verificar o motivo da sua vinda ao serviço.” NC94

### **Estabelecer Relação com a Utente ou Pessoa Significativa**

Por vezes, o estabelecimento de relação constitui o motivo principal da interacção com as utentes. Outras decorrem do contacto estabelecido na sequência da realização de outras actividades, durante o contínuo relação / intervenção, dependendo em ambos os casos da situação particular de cada utente, do seu nível de consciência, do seu estado emocional ou de outros.

Incluimos nesta subcategoria as descrições que pudessem ser interpretadas como comportamentos das enfermeiras (acções de enfermagem) junto das utentes, reveladores de estabelecimento de relação com a utente ou pessoa significativa.

Foram identificadas 77 unidades de registo, das quais apresentamos os seguintes exemplos:

“... fica a dialogar com a utente, numa atitude calma e serena.” NC7

“... conversam com as utentes, tratam-nas pelo respectivo nome.” NC15

“Está constantemente a falar com as utentes e seus familiares.” NC55

“Por último, dirige-se a uma enfermaria cujas utentes eram anteriormente suas, para conversar com a utente consciente, perguntar como estava, se precisava de algo, quando iria ao HCC (consulta de cirurgia para amputação), e por fim se queria o café habitual. A utente agradece, conversam sobre o tipo de café que pode beber e as suas preferências ou saudades, chegam a acordo ...” NC 65

“Contudo adapta esta conversação ao nível de consciência e de colaboração / capacidade ou necessidade de comunicação de cada utente. Com todas interage de forma pessoalizada e individualizada, de acordo com os seus problemas e necessidades.” NC73

“(Ao passar por outra utente) Boa tarde, ainda chegamos a ver..., srª M...! Pensava que se ia embora sem me ver...! (...) Não era ...?!” GVP23; NC88

### **Ensinar / Explicar**

Educar para a saúde e ensinar, ou seja transmitir conhecimentos acerca das atitudes e comportamentos mais adequados a cada utente em particular no que se



refere ao seu nível de saúde, ou explicar, prestando esclarecimentos acerca das orientações a seguir pelo utente ou pessoa significativa com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação, constituiu igualmente uma categoria prevalecente neste estudo.

Assim verificámos que, na interacção com as utentes, independentemente do contexto, umas vezes de forma programada, outras no decurso das suas intervenções, as enfermeiras têm a preocupação de fazer ensino acerca dos cuidados a ter consoante os seus problemas ou necessidades, e de esclarecê-las sobre as mais variadas situações com que se defrontam.

Considerámos esta subcategoria quando estávamos em presença de registos de observação de comportamentos ou de verbalizações que visavam o ensino da utente sobre a sua saúde, ou denotavam uma acção de esclarecimento de um qualquer aspecto do cuidado à utente ou pessoa significativa.

Como exemplos destas asserções, consideremos as seguintes transcrições das notas de campo, entrevistas e verbalizações do pensamento referentes à dimensão **Ensinar**, isto é, quando evidenciavam a educação da utente ou pessoa significativa num qualquer aspecto do seu estado de saúde.

“Por isso, a família veio mais cedo para receber orientações e aprender a cuidar da sua higiene, mobilização, alimentação e posicionamento, no seu regresso a casa.” NC22

“Observo por exemplo uma colega que estava com uma utente muito jovem com intoxicação medicamentosa e que lhe está a ensinar a levantar-se, a incentivar a deambulação, a permanecer na sala de estar, e os cuidados a ter com os soros.... Noutra enfermaria, duas colegas explicam a necessidade do posicionamento de uma utente obesa que tem alta e que necessita de cuidados em casa.” NC23

“A sra. já teve uma ferida neste pé, que já cicatrizou, mas convém sempre... observar, aqui uma crostazinha..., não sente tanto este pé?! Isso é normal, nas pessoas diabéticas, não têm tanta sensibilidade nos pés. É por isso que a gente diz que às vezes se podem magoar e dar cortes nos pés e não sabem! Só quando vêm o sangue...! Porque não dói, não sentem..., por isso têm que observar diariamente os pezinhos!” GVP2; NC68

“(...) Mas se estiver alguns dias, tem de comer...! Só o pequeno almoço e o lanche não pode ser! (...) ... (ouve com muita empatia a longa história) ... E faz sempre bem a fruta. A si e a toda a gente! (...) Hum, hum... (...) Mas também precisa das outras coisinhas, a carne. O peixe... (...) GVP11; NC94

E no que se refere à componente **Explicar**, ou seja, quando na presença de registos sugestivos de comportamentos ou verbalizações que denotam acção de esclarecimento de um qualquer aspecto do cuidado à utente:

“Tudo isto acompanhado de explicações à utente e acompanhante, particularmente acerca da importância da alimentação, uma vez que este refere que a utente tem muita dificuldade em alimentar-se e por vezes rejeita os alimentos, por ter perturbações na deglutição e risco de se asfixiar.” NC8

“Durante todo o processo tem o cuidado de explicar à utente o que vai fazendo, à medida que vai fazendo e, quando se retira, tem o cuidado de explicar à utente o porquê de ter demorado tanto tempo (não acertou na medida da tampa do catéter).” NC47

“... explica-os à família, esta efectua perguntas acerca do valor elevado por não ser diabética, diz-lhe que será talvez devido à medicação (corticosteroides),...” NC67

“(...) A seguir também o corpo habitua-se sempre parado..., quando a seguir começar a andar..., as pernas..., vão doer! Vamos lá! Pelo menos aqui dentro... (A utente anda e geme um pouco)” GVP4; NC79

“Então nós vamos fazer assim, eu vou dizer às colegas que, como não lhe dá náuseas este medicamento, em vez de fazer meio litro, vamos passar a fazer só duzentos e cinquenta. Com o mesmo medicamento lá dentro (a utente está concordando). Porque nós costumamos pôr este medicamento assim no... (...) porque as doentes queixam-se com dores aqui a nível do..., aqui onde o soro passa e dá muitas náuseas e vômitos (a utente fala ao mesmo tempo). (...) Não...! Mas o próprio medicamento já é..., já dá isto! Já dá, já dá, (...) Já tem esta tendência!” GVP9; NC92

## **Informar / Obter Consentimento**

Informar, orientar e obter o consentimento das utentes constituíram preocupações frequentes das participantes neste estudo.

Como pudemos constatar no trabalho de campo, no contínuo interactivo com as utentes durante o processo de prestação de cuidados, as enfermeiras informam, orientam e solicitam mais ou menos explicitamente o consentimento destas. Este consentimento surge também na sequência da categoria anterior, sobretudo na dimensão “explicar”.

Na componente “Informar” da presente subcategoria obtivemos 304 “passagens”; na “Orientar”, isto é quanto as enfermeiras se dirigiam às utentes no sentido de lhes

solicitar ou sugerir a adopção de determinado comportamento, 87; e em “Obter Consentimento”, 90, num total de 481 unidades de registo.

De facto, verificou-se uma preocupação quase permanente em informar e obter o consentimento, implícito ou explícito, das utentes relativamente aos cuidados que lhes são prestados por parte das enfermeiras.

Considerámos esta subcategoria, sempre que os registos sugeriam que as enfermeiras se dirigiam verbalmente às utentes ou familiares para lhes dizer o que vão fazer ou prestar qualquer informação, sem entrar contudo em detalhes (diferente de explicar). Consistiam em “directrizes e orientações” às utentes sobre os diferentes aspectos do cuidado, ou evidenciavam comportamentos ou verbalizações por parte das participantes com o propósito de solicitar autorização à utente (implícita ou explicitamente).

As transcrições que a seguir apresentamos pretendem ilustrar esta preocupação.

Assim, no que se refere à dimensão **Informar**, foram incluídas as unidades de registo sugestivas de que as enfermeiras se dirigiam verbalmente às utentes ou familiares no sentido de lhes prestar qualquer informação, sem entrar contudo em detalhes.

“... diz o que vai fazer sempre que aborda a doente.” NC2

“Durante todo este processo, apesar da pouca resposta da utente, as colegas dirigem-se-lhe pelo seu nome e a maior parte das vezes informavam o que lhes iriam fazer.” NC19

“... interage no sentido de informá-la de que a utente será transferida esta tarde para outro hospital e dos seus benefícios.” NC46

“...numa das utentes ajeita a sua máscara e a sua posição dizendo-lhe o que está a fazer, antes de avaliar os sinais vitais. Ao finalizar, regressa às utentes para lhes recolher os termómetros, sempre com uma palavra para com estas, incluindo um comentário acerca do resultado da temperatura.” NC61

“Olhe, vou tentar sentá-la melhor na cama! Vai-se lá ver! Para ver se isto melhora, a sua falta de ar.” GVP21; NC83

“Sra. A? ... Eu só lhe vou dar um pequeno jeito porque daqui a pouco já a venho mudar! Mudar de lado, para não ficar sempre para o mesmo lado...!” GVP11; C94

No que se refere à vertente **Orientar** desta subcategoria que, por vezes, poderá confundir-se com o informar, consideramo-la, todavia, apenas para as unidades de

registo reveladoras de “directrizes e orientações” às utentes, sobre os diferentes aspectos do cuidado, como podemos verificar nos exemplos que se seguem:

“Conversa com a utente enquanto lhe efectua a picada para o BM teste, e orienta-a acerca da posição que deverá adoptar, ....” NC14

“... e recomenda que se mantenha quieta com o membro elevado na cadeira.” NC68

“... Até já! Mas toque a campainha, não se levante sr<sup>a</sup> I.” GVP22; NC78

“Pode baixar o braço. Pode ficar à vontade! ... Pronto! Já está...!” GVP21; NC83

Igualmente, o **Obter Consentimento** emergiu das unidades de registo reveladoras de estarmos em presença de um comportamento ou verbalização que denotasse o propósito, por parte da enfermeira, de solicitar autorização à utente (implícita ou explícita). Habitualmente este consentimento é precedido de informação, como poderemos verificar através dos seguintes exemplos:

“... informam a utente e solicitam o seu consentimento ... “ NC23

“Chama a utente pelo nome e pede autorização da utente para lhe dar o injectável.” NC30

“Vou ver a TA da sr<sup>a</sup> Z... ... Olhe, eu vou..., medir a sua TA, está bem? Pode ser neste braço? Este aqui não está magoando, este, o direito? ... Sim...! Então vai ser neste braço, está bem? No braço esquerdo.” GVP25; NC75

“Sr<sup>a</sup> L...? Eu vou ter que tirar a colcha..., vou ter que baixar a colcha um bocadinho..., porque está com um bocadinho de febre, fica só com este lençol, está bem? Vou pôr a colcha em baixo! ...” GVP7; NC83

“Vou-lhe dar a medicação, está bem? (...) ... Fica aqui o comprimido para o jantar, está bem? (...) Pode ficar aqui nesta mesinha?” GVP27; NC95

## **Estimular**

Durante a interacção com as utentes constatámos que as enfermeiras aproveitam para as estimular, sobretudo as mais idosas, apáticas ou com alterações do nível de consciência. Efectuam-no de forma intencional ou no decurso da relação com outros

propósitos, nomeadamente, o de avaliar o nível de resposta, colher informação adicional, envolver a utente no processo de cuidados ou outros.

Igualmente verificamos ser esta uma atitude que depende muito do tipo de utente, do estado físico, psicológico ou emocional das enfermeiras, e de outras variáveis, tais como, a intensidade de trabalho, a existência de interferências e o prognóstico das utentes.

Considerámos nesta subcategoria as unidades de registo de observação de comportamentos ou de verbalizações de interações que denotavam a intenção de aumentar o nível de consciência ou de resposta das utentes.

Como exemplos desta estratégia consideremos os seguintes excertos das 133 unidades de registo encontradas.

“... e fica com ela a estimulá-la a orientá-la no tempo e no espaço, a explicar que a acordou por ser hora para jantar,” NC19

“Fala com a utente enquanto está a dar a alimentação e refere-me, ao perguntar-lhe, que o faz no sentido de estimular a utente e que também se não falar com este tipo de utentes, mais ninguém o fará.” NC53

“... a estimulá-la porque segundo também referiu, parecia-lhe que a utente estava mais sonolenta, ...” NC64

“Numa das utentes, jovem, oligofrénica, interage muito mais e estimula-a.” NC74

“... está menos colaborante, esta senhora..., vamos ter que a estimular... Srª L? Vamos lá! ...” GVP1; NC87

“... conversando com a utente, apesar da ausência de resposta desta.” NC94

### **Incrementar a Participação**

Conforme pudemos constatar da análise dos registos de diferentes fontes de dados (122 unidades de registo), o incrementar a participação das utentes nos cuidados incluiu o incentivar a sua participação e o implicar as utentes neste processo, pedindo a sua colaboração.

Considerámos esta subcategoria quando estávamos em presença de registos de observações ou de verbalizações que evidenciassem, por parte das enfermeiras, uma solicitação implícita ou explícita, de colaboração da utente, denotassem um incentivo

ou estímulo à sua colaboração, ou implicação da utente ou pessoa significativa nos cuidados.

As transcrições que se seguem pretendem ilustrar estas estratégias cognitivas das participantes.

Assim, no que se refere a **Pedir Colaboração**, considerámos os registos que denotavam uma solicitação implícita ou explícita de colaboração da utente ou de implicação nos cuidados, de cujas “passagens” encontradas apresentamos alguns exemplos:

“Tenta implicá-la na prestação de cuidados através da colaboração na alimentação.” NC8

“... pede-lhe colaboração, não obstante a idade avançada e alguma confusão que a utente apresenta.” NC10

“... pede colaboração à utente, dá-lhe oportunidade de participar no cuidado, orienta-a e encoraja-a a realizar a actividade.” NC21

“... e pede-lhe para tentar persuadir a família para vir visitá-la e falar com as colegas, e fornecer mais informação acerca da utente e dos cuidados.” NC43

“Mas antes de sair, lembre-me que eu tenho de lhe dar um medicamento, para levar para casa, para tomar ao pequeno-almoço, está bem?” NC92

No que se refere à componente **Incentivar**, consideramos os registos que denotavam um incitamento à colaboração da utente, igualmente implícito ou explícito, como podemos verificar através dos seguintes exemplos:

“Incentiva à ingestão hídrica.” NC25

“... interage com uma outra sua utente da mesma enfermaria, aproveita para incentivar a utente a efectuar exercícios...” NC70

“(...) E que tal, se a sr<sup>a</sup> R se levantasse e viesse dar um passeiozinho?!” GVP4; NC79

“(...?) Não, lanchou! (...) Ah, mas olhe... (...) Mas eu deixo-lhe os comprimidos, nem que seja os comprimidos com uma coisinha de água, toma, não toma? (...) tem aqui...” GVP21; NC83

“Tente, vamos tentar...!” GVP11; NC94

## **Reforçar o Poder de Decisão**

Reforçar o poder de decisão das utentes constituiu igualmente uma preocupação das participantes neste estudo durante o seu processo de interacção com estes (129 unidades de registo).

Considerámos nesta subcategoria as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações por parte das enfermeiras, reveladoras de respeito pela opinião ou preferência da utente, comportamento de validação, pedido de opinião explícito ou implícito à utente, ou ainda sempre que a enfermeira combinava algo com a utente, com a sua anuência.

Assim, desta subcategoria fazem parte outras inicialmente codificadas em “negociar com as utentes”, “validar com as utentes ou pedir-lhes a sua opinião” sobre alguns aspectos dos cuidados e “respeitar as suas preferências”.

Vejamos alguns exemplos que julgamos serem elucidativos da dimensão **Negociar**, a qual foi considerada sempre que havia evidência de que a enfermeira persuadia ou combinava algo com a utente, com a anuência desta.

“A outra utente, está consciente, mas não tem apetite. Tenta dar-lhe a sopa, a utente não quer, tenta negociar a quantidade a ingerir com a utente, depois administra os comprimidos, negocea novamente a quantidade de sopa para ingerir os medicamentos, a utente cede, constituindo esta uma oportunidade e uma estratégia utilizada para a utente comer algo mais. Dá-lhe o 2º prato mas a utente recusa. Tenta saber junto da utente o porquê, lembra-se que da outra vez a utente vomitou após insistência para comer. Negocea então com a utente a ingestão de 2 iogurtes, facto que a utente acede em comer.” NC44

“... Faz-se assim, srª F, eu vou para a frente..., quando eu tiver o resultado, como tenho mais glicémias para ver, depois eu digo-lhe o resultado, está bem? Pode ser.” GVP5; NC75

“... pode ser em qualquer lado do nariz? (...) É melhor o lado esquerdo? (...) Mas olhe, eu tenho que introduzir um pedaço porque, se eu ponho muito para fora, também não..., o O2 não chega até aos pulmões! ... Isso...!” GVP21; NC83

Quanto ao **Validar com o Utente / Pedir Opinião**, consideramos esta componente sempre que o registo denotava uma atitude ou comportamento de validação ou de pedido de opinião, explícito ou implícito, à utente, como a seguir se poderá verificar:

“Enquanto coloca as compressas e a ligadura de contenção, pergunta a opinião da utente acerca da pressão da ligadura.” NC20

“Confirma a posição de conforto com outra utente da enfermaria. Pergunta se quer que eleve a cabeceira da cama, a utente diz-lhe que não.” NC55

“Para levantar mais a cabeceira, srª S, o que é que acha? (...) Sim? (a filha pergunta se quer mais um pedacinho para cima) Está melhor! Pronto! Prontinha para comer! (Obrigado!) ... Será que está bem assim...!? ...” GVP15; 82

“Não se sente melhor assim..., com a cama levantada?! (...) Não? (...) E acha que melhora com oxigénio? (...) Acha que melhora se colocar o O2?! (...) sente mais um alívio se eu colocar o O2?! (...) Sim?! (...) Então vai-se colocar o O2!” GVP21; NC83

No que se refere ao **Respeitar Preferências da Utente**, consideramos as unidades de registo reveladoras de respeito pela opinião ou preferência desta, como a seguir se ilustra:

“Pergunta à utente se quer a cabeceira da cama mais elevada (porque a utente apresenta uma insuficiência respiratória). A utente diz que não e a colega deixa ficar.” NC17

“Pergunta à utente se quer que saia para ficar mais à vontade, a utente prefere que fique.” NC55

“(Uma utente ao lado tosse.) Quer que eu levante um pedacinho da cama...? Quer? ... Está bem? Ou mais baixo?! ... Assim? ... Assim?” GVP25; NC75

“Assim está bom ou quer mais baixo? (...) Está bom?” GVP27; NC95

### **Incutir Segurança / Confortar**

Incutir segurança e confortar as utentes constituíram igualmente preocupações muito frequentes das enfermeiras, quer através de atitudes no sentido de as tranquilizar, quer através da evidência de preocupação com o reforço da sua autoconfiança. Não foram contabilizadas as unidades inerentes ao “despedir-se das utentes”, mas verificou-se tratar-se de um comportamento que, para além de frequente, era comum a todas as participantes.

Foram codificadas nesta subcategoria as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações que denotassem uma intenção implícita ou explícita de



tranquilizar as utentes, ou evidenciassem uma intervenção no sentido de lhes proporcionar conforto ou bem-estar.

Vejamos algumas descrições que melhor ilustrarão estas estratégias.

Na componente **Tranquilizar a Ute**te foram identificadas 101 unidades de registo, as quais foram codificadas sempre que se denotava uma intenção implícita ou explícita de reduzir a sua preocupação, conforme podemos verificar através dos seguintes exemplos:

“Quando acaba de fazer o penso, olha para a utente, segura-lhe o braço com a sua mão e numa atitude muito carinhosa, pergunta-lhe se está bem. Olha nos olhos da utente. Fica a falar com ela sem denotar qualquer pressa.” NC20

“ (A utente diz algo.) Disse que estava bom? E não é mentira nenhuma..., está melhor! Mas já se sabe que leva o seu tempo.” GVP2; NC68

“A D. X até que... As feridas estão a cicatrizar bem..., e em tempo recorde! Tem sido mais depressa do que é habitual! Um bocadinho..., um calozinho que tem aqui! Tem qualquer coisa. Mas isto a, a colega que é especialista nisto é a enfermeira X. Ela tem um..., um toque, num cortezinho ela faz aquilo...” GPV13; NC71

“Daqui a pouco vai sentir-se melhor. A tensão estava boa... (obrigado) Daqui a pouco a gente já vai ver isso melhor, está bem?” GVP14; NC73

“Eu vou estar aqui, virei sempre aqui. Se ficar um bocadinho aflita para lhe dar, como há dias...” GVP10; NC88

No que se refere à componente **Confortar as Ute**ntes, foram consideradas as unidades de registo que evidenciavam uma intervenção das enfermeiras no sentido de proporcionar bem-estar às utentes, como poderemos verificar através dos seguintes exemplos:

“Acaba de dar a alimentação, posiciona confortavelmente, despede-se da utente, aqui numa relação muito mais personalizada, ...” NC43

“... numa atitude cuidativa, toca a utente no sentido de a confortar,...” NC63

“...quando a observei a prestar cuidados, sozinha, sentada junto da utente, tocando-a e confortando-a.” NC77

“Já nem parece a mesma, ficava tão cansada...!” GVP26; NC96

## **Distrair / Fazer Humor**

No contínuo relacional com as utentes, constatámos que as colegas muitas vezes utilizam o humor no sentido de as distrair, conseguir maior aproximação, minimizar o sofrimento, conhecer melhor e criar ambientes de descontração, pró-activos e outros. O mesmo fazem algumas utentes mais divertidas.

No entanto, verifica-se que nem todas as participantes, nem todas as utentes conseguem a mesma eficácia e, por vezes, obtêm resultados paradoxais. Tudo parece depender das pessoas envolvidas, do momento e da situação. No entanto, as enfermeiras arriscam e tentam desta forma conseguir melhor relação com algumas das utentes.

Considerámos esta subcategoria sempre que os registos denotavam comportamentos ou verbalizações sugestivas de realização ou intenção de “desconversar” com a utente, provocar o seu sorriso ou distração.

Vejamos então algumas das 64 transcrições obtidas das notas de campo, e gravações.

“... encontra-se numa outra enfermaria a falar e a rir com as utentes,” NC42

“Utilizavam algum humor, desconversando, para suavizar este procedimento.”  
NC68

“Confirma-me que as perguntas que efectuara à primeira utente tinha por objectivo distraí-la deste cuidado invasivo por um lado e, por outro, ... ” ENT19;  
NC71

Vai-se ver como está a sua glicémia hoje, os diabinhos... hum... ? (refere com humor) ... Hum? Os diabos, andam loucos! Andam? ... Andam aos altos e baixos? ... (sorrisos todos) GVP5; NC75

“... Vai aqui toda embonecada de adesivos..., por isso chega a casa e diz, hoje não posso fazer nada! Hoje estou eu de férias! E alguém vai fazer por mim (sorri. Segue-se uma conversa exploratória acerca do agregado familiar, com algum humor) ...” GVP9; NC92

Neste subcapítulo, procurámos descrever as categorias inerentes ao contínuo interagir com o utente ou pessoa significativa, encontradas neste estudo.

Seguidamente, procederemos à apresentação de uma outra componente central do processo de decisão clínica de enfermagem, o “Conhecer o Utente”.

### **3.1.2.2. Conhecer a Utente**

Conhecer a utente constituiu uma referência muito frequente na análise do conteúdo dos nossos registos (577 unidades de registo, não incluindo as passagens codificadas em “importância de conhecer a utente”, de que falaremos posteriormente).

De facto, verificamos que o conhecer melhor as utentes constitui uma preocupação permanente das enfermeiras, e que é neste conhecimento que assentam grande parte das suas decisões ou intervenções.

Igualmente constatámos que este conhecimento influencia de modo significativo o reconhecimento de padrões, permite a selecção de informação relevante, a identificação e resolução de problemas, a implementação de estratégias de intervenção individualizada, bem como ainda a avaliação da evolução das utentes.

Para um conhecimento mais aprofundado destas, as enfermeiras procuram de modo permanente informação, interagindo com as utentes e seus familiares, observando, escutando, tocando, questionando, consultando registos ou dialogando com outras colegas e restantes elementos da equipe. As actividades, de rotina ou outras, realizadas junto das utentes, servem de pretexto e constituem óptimas janelas de oportunidade que as enfermeiras aproveitam para melhor as conhecer.

Na categoria “Conhecer a Utente” incluímos as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações reveladoras de comportamentos que visam obter um conhecimento mais aprofundado das utentes ou pessoas significativas, e que foram codificadas nas subcategorias “obter informação”, “relacionar informação”, “interpretar informação”, e “inferir / formular juízos”.

Digamos que conhecer a utente constitui um dos pilares principais do processo de prestação de cuidados, em relação ao qual gravitam vários processos ou estratégias cognitivas e do qual depende grande parte da qualidade, segurança e efectividade do processo de prestação de cuidados.

Para melhor ilustrar esta asserção, consideremos as seguintes transcrições, extraídas de uma categoria inicialmente criada a partir de evidências, sugestivas da

“importância do conhecer a utente” no processo de prestação de cuidados (270 unidades de registo).

“A enfermeira denota um conhecimento relativamente profundo da utente, incluindo a profissão, e relaciona o que a utente está sistematicamente a fazer de forma espontânea - pedalar com os pés - com a profissão que tinha anteriormente. (trata-se de uma senhora idosa, com perturbações da consciência).” NC3

“Questionei uma das colegas porque é que colocou a utente em decúbito lateral puro. A resposta teve por base um conhecimento específico da utente” NC14

“Posicionam, observam, respeitam os pormenores de cada utente, conhecem esses pormenores, sobretudo a colega que está responsável pela utente ou que com ela esteve mais tempo em contacto, e na medida do possível satisfazem esses pormenores.” NC30

“Demonstra conhecimento da utente e apercebe-se de algumas incongruências no seu discurso.” NC34

“A Enfermeira X dá o exemplo de uma utente a cuja família tivera neste dia de demonstrar o banho e a mobilidade e porque este era o primeiro dia que tinha a utente, tivera muita dificuldade e ficou com a sensação de que a família não foi bem orientada.” NC43

“Durante algumas conversas que fomos tendo, enfatiza a importância do conhecimento das utentes. Refere mesmo que a prestação de cuidados “é outra coisa quando conhece as utentes, torna-se muito mais fácil”.” NC44

“Ia iniciar a execução dos pensos às úlceras de pressão. Como esteve uns dias ausente e não conhece muito bem a utente, vai chamar a enfermeira chefe para observar as feridas e as queixas à mobilidade do membro inferior, no sentido de haver uma continuidade de cuidados.” NC55

“No final, fala com a utente, verifica que esta está um pouco “parada” e sugere-lhe que traga o bordado para se ocupar. Conhecia esta preferência de ocupação dos tempos livres anterior desta utente, e que o marido não gostava de vir ao hospital. Ao sair da enfermaria confirma-me esta interpretação” NC60

“Demonstra conhecer bem a sua situação sócio familiar, integra o conhecimento dessa realidade nos cuidados que está a prestar, conhece também a motivação, nível de colaboração e de dependência da utente, cuida dos aspectos inerentes à continuidade de cuidados, desde a roupa que está por lavar, às características da roupa que recomenda ao marido para melhor prestação de cuidados, ao equipamento que o marido terá de comprar, aconselha o marido, por se tratar de uma família de poucos recursos, e sabendo que o marido tudo quer comprar,” NC67

“Posteriormente referiu-me que o fizera com o duplo objectivo de distrair a utente e de obter mais dados acerca desta, uma vez que este era o seu primeiro turno com ela. Necessitava conhecê-la melhor.” NC71

“Noutra enfermaria continua os mesmos procedimentos e padrão, numa das utentes pergunta pela tosse, apesar da utente não estar a tossir, posteriormente diz-me que o fez para validar com a informação dos turnos anteriores e porque durante a última noite não parara de tossir” NC74

“Ao dirigir-se a uma enfermaria com duas utentes idosas, uma consciente e outra quase inconsciente, peço-lhe alguns esclarecimentos acerca do observado, designadamente em relação ao facto de ter perguntado pela dor na utente anterior e do bordado, respondendo que é porque já conhecia as utentes e os seus hábitos.” NC75

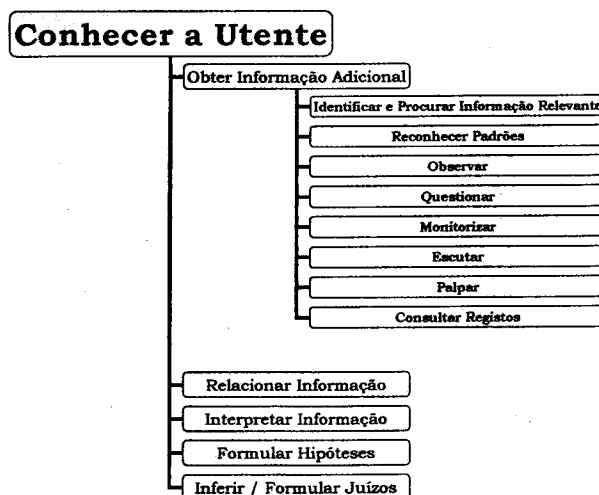
“Aliás, falou-me da dificuldade que teve em ensinar o familiar da utente naquele procedimento, sem o conhecer anteriormente e conhecendo muito pouco sobre a utente. CO: Saliente-se a segurança ou confiança e a facilitação do cuidado às utentes quando as colegas as conhecem.” NC77

“Refere que se conhecer a utente, não necessita consultar muito os registos para elaborar o plano de organização de trabalho.” ENT8; NC90

“... demonstra conhecer bem a utente, particularmente no seu estado de hipotermia, tendo o cuidado de a abafar muito bem.” NC93

Como vimos, conhecer a utente constitui um pilar fundamental no processo de prestação de cuidados ou de decisão de enfermagem. Para o conseguir, os enfermeiros utilizam um conjunto de estratégias cognitivas, por vezes simultâneas, que decorrem durante a relação com o utente ou a intervenção (Figura nº6).

Figura 6: Estratégias cognitivas inerentes ao processo de “Conhecer a Utente”



A obtenção de informação adicional do utente constituiu uma das estratégias mais evidentes neste processo.

## **Obter Informação Adicional**

Esta subcategoria constituiu, de facto, uma estratégia importante e igualmente frequente em “Conhecer o utente” (560 unidades de registo), principalmente nos primeiros contactos com as utentes ou na avaliação da situação evolutiva destas. Emerge sobretudo durante o contínuo relação e intervenção com as utentes no Processo de Prestação de Cuidados.

Considerámos em “Obter Informação Adicional” as situações em que se depreendia que, embora na posse de alguma informação, a enfermeira procurava mais dados, utilizando para tal qualquer das estratégias incluídas nesta subcategoria: identificar e procurar informação relevante, reconhecer padrões, observar, questionar, monitorizar, escutar, palpar e consultar registos.

Algumas das unidades de registo das subcategorias desta estratégia não são exclusivas. Dado esta subcategoria incidir sobre uma preocupação permanente das enfermeiras e dado termos verificado a utilização de algumas destas estratégias ora de modo sequencial, ora de modo simultâneo, não enfatizamos a sua intensidade. Apenas pretendemos demonstrar a sua presença e revelar o seu conteúdo.

No sentido de melhor ilustrar este fenómeno, codificámos um conjunto de unidades de registo revelador desta simultaneidade, a partir de observações ou verbalizações relativas a acções que acontecem de facto em simultâneo ou de modo consecutivo, tal como a seguir podemos verificar através de alguns exemplos.

“Explora verbalmente e através da observação alguns sinais de qualquer consequência da queda, mas nada encontra.” NC10

“Verifico que está uma utente a chegar. A enfermeira X dirige-se à utente, “parece adivinhar” a situação da utente, comunica com esta, pergunta pelo seu nome, com quem vive, faz uma observação geral e sumária da utente, avalia o nível de consciência, a força muscular e a mobilidade de ambos os membros e observa a utente enquanto age.” NC45

“... observam a utente, mobilizam a perna, palparam, inspeccionam, dialogam e validam entre si, e com a utente, trocam impressões, olham para a utente, questionam, ...” NC57

“Interage com a utente, efectuando perguntas, enquanto executa o procedimento, e observa ...” NC74

“Colhe informação utilizando os cinco sentidos, ...” CO; NC83

## **Identificar e Procurar Informação Relevante**

Identificar e procurar informação relevante constituiu uma subestratégia frequente, no âmbito da procura de informação adicional e no sentido de melhor conhecer o utente. Esta estratégia serve de suporte à procura de nova informação ou surge durante este processo, de modo contínuo e indiferenciado.

Contudo, nesta subcategoria “Identificar e Procurar Informação Relevante” considerámos apenas os registos de observações ou de verbalizações em que se depreendia que a enfermeira procurava mais informação a partir de dados que considerara particularmente importantes.

Para melhor ilustrarmos esta estratégia, consideremos as seguintes transcrições:

“Numa utente idosa embora consciente, mas totalmente dependente, acamada, ao posicioná-la, verifica uma pequena mancha de sangue no travesseiro. Então questiona em voz alta o que se estará a passar, de onde vem aquele sangue, o que é que será que ela tem, e inspecciona o couro cabeludo e o tronco da senhora.” NC6

“... entretanto a utente está queixosa, pergunta se tem dores, indaga-se das características da dor, observa e verifica se o abdómen se encontra distendido, e pergunta à utente os seus hábitos de eliminação intestinal, quando defecou pela última vez, ...” NC47

“A dada altura chamam a senhora que habitualmente cuida da utente e que se encontra lá fora no corredor. Confirmam que a situação da perna já é uma situação antiga.” NC55

“... detectou uma equimose extensa no braço de uma utente ao colocar a braçadeira, tendo de seguida explorado esta situação ...” NC68

“Mesmo nesta altura, ainda colhe informação adicional da utente quando esta lhe conta a história da bronquite e reformula no sentido de explorar se se trata de uma situação hereditária, conforme me confirma posteriormente.” NC81

“Uma das utentes apresentava muita dispneia, referia dores, a Enfermeira X explora estes dois sintomas de forma meticulosa e sistemática, colhe informação acerca da dor, pergunta se já evacuou, ...” NC87

“Perguntou pelas visitas na sr<sup>a</sup> X, qual era a sua intenção?

Ela costuma, às vezes é um bocado falastrona, às vezes não, ela fica ainda mais deprimida! Então, eu estava a perguntar, que era para ver se era por causa disso...!” ENT26; C96

## Reconhecer Padrões

Uma das subcategorias encontradas foi o reconhecer padrões, ou seja conseguir apreender um conjunto de sinais e sintomas que no seu todo são reveladores de que algo irá acontecer, e que, por conseguinte, merece uma valorização especial, ainda que fora daquele contexto específico, ou analisado separadamente, não teria o mesmo significado.

Foram identificadas 48 unidades de registo embora tenhamos ficado com a impressão de que esta categoria é muito mais frequente. Não foi descrita nem suficientemente captada, julgamos, pelos métodos de colheita de dados utilizados, particularmente pela “Verbalização do Pensamento”.

Codificamos nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações que nos pareceram reveladoras da captação de algumas características da situação da utente, ainda pouco evidente, mas integradas num conjunto (padrão) reconhecido pela enfermeira como revelador de uma determinada situação ou prenunciador de uma certa evolução, normalmente baseada na sua experiência anterior, ou “intuição”.

Vejamos alguns exemplos:

“Ao olhar para a utente, refere logo que ela “deve estar a incubar qualquer coisa”. As colegas presentes reforçam que sim, que ela está mais prostrada. Pergunto à colega que olhou para a utente, a responsável pelo turno e mais experiente, o porquê daquela referência. Responde-me que é por causa da cor da cara, do estado da sua pele, pela “tossinha”, “isto é de alguém que está a incubar alguma coisa”” NC14

“Numa das utentes, que me disse posteriormente que 2 dias antes esteve mesmo para morrer, com apneias e sem nada para fazer, mas que agora está consciente e colaborante, face a uma frase (dica) e observação da utente identifica uma dificuldade respiratória, e actuou imediatamente elevando a cabeceira da cama, combinando com a utente o nível preferido.” NC42

“A enfermeira X dirige-se para junto de uma sua utente que estava sentada no corredor, num cadeirão, mesmo em frente da sala de trabalho, para lhe medir a TA. De repente, ao chamar pelo seu nome, verifica imediatamente que esta está a dormir, mas que algo de anormal possivelmente se passa. Imediatamente estimula a utente aumentando o tom de voz e uma colega apercebe-se rapidamente da situação e, de frente, constata que a utente não reage, está pálida e com sudorese. Rapidamente decidem transferi-la para a sua cama no corredor...” NC70

“A dada altura, lá ao fundo disse qualquer coisa como “cheira-me que esta doente..., ou cheira-me ou...o que é que queria dizer com isso?”



Foi isso! Quero dizer, esta é a minha opinião, não sei..., (o que é que sentiu?) Foi isso, quer dizer, eu acho que, esta é a minha opinião, não sei, é daquele tipo de doente que..., posso estar enganada, mas eu acho que é do género de doente que, como não reage totalmente a estímulos .... quando acharmos que ela já está melhor, ela vai falecer, pode falecer!

E porque é que é que acha isso?

Para já porque eu achei uma mudança repentina que teve aquelas tensões assim equilibradas. E depois aquela prostração da doente..., não sei, é aquele..., não sei, é o olhar para ela..., não sei explicar, mas ao olhar para ela..., algo me diz isso!

Quem é que diz isso?

Sinto isso, e já não é a primeira vez que... (...) É que já não é a primeira vez..., e por acaso eu até não tenho falhado muito (sorri). Quer dizer, qualquer coisa nela que..., pronto, não é isso que eu quero, não é, mas há qualquer coisa que..., algo me cheira que aquela doente..., quando nós não estivermos à espera, ela pode vir a falecer.” ENT22; NC78

“Salienta-se o aspecto da intuição, numa descrição daquilo que sente relativamente às utentes, particularmente àqueles que conhece melhor como o caso da utente (a que é sua utente de processo). Refere que não sabe explicar mas que é pela expressão, pelo conjunto, pelo estado geral, pelo fácies. Verifica que há qualquer coisa que não está igual e presente. Tudo parece estar estabilizado, mas sente que está a piorar. O mesmo tem sentido relativamente a outras utentes.” NC81

## **Observar**

A observação é uma estratégia praticamente permanente durante o processo de prestação de cuidados. As participantes utilizam-na conjuntamente com outras como palpar, questionar, escutar, etc. Torna-se fundamental para a identificação de informação adicional.

Durante a observação, focalizam por vezes a sua atenção de tal modo que se abstraem completamente do que estão a pensar, tal como quando inspeccionam as características de uma ferida num pé diabético, o local de punção, etc..

Encontrámos esta estratégia igualmente associada à intervenção. Frequentes vezes vimos as participantes a intervirem imediatamente, na sequência das suas observações.

Codificámos nesta subcategoria as unidades de registo relativas a comportamentos ou verbalizações susceptíveis de revelarem que as participantes se encontravam a procurar informação da utente ou pessoa significativa, olhando intencionalmente ou inspeccionando algo.

Eis alguns dos exemplos dos conteúdos pertencentes a esta categoria.

“... fica algum tempo a observar o líquido de retorno...” NC7

“A colega olha para a utente, verifica que está a transpirar e muito quente...”  
NC19

“... observam-na, do geral para o particular, desde a fralda (eliminação), a pele, vêm algo anormal na pele, inspeccionam o corpo, ...” NC32

“Dirige-se depois para junto da utente que vomitara, para a observar.” NC47

“... verifico a enfermeira X a observar as mãos de uma das utentes e depois o fáciis, pergunto o que está a fazer e responde-me que está a certificar-se se a utente tem cianose das extremidades, porque lhe parecera, ...” NC64

“... quando efectua a higiene da utente, observa um eritema extenso e exuberante.” NC77

“... observa pormenorizadamente o corpo da utente, inspeccionando as zonas com maior pormenor, à medida que algo de diferente e potencialmente anormal vai surgindo,” NC81

“Efectua uma observação geral da utente, comenta o seu estado, observa as perfusões e drenagens, dando particular atenção à urina, ....” NC94

## Questionar

Questionar as utentes para obter mais informação, é igualmente uma estratégia frequente no processo de prestação de cuidados.

Desenvolve-se sobretudo durante o estabelecimento de relação com as utentes ou durante o contínuo relação e intervenção e na sequência de identificação de informação relevante. Por vezes, surge acompanhada de outras estratégias, por exemplo, observação, palpação, etc. (Actividades Simultâneas).

Incluimos nesta subcategoria unidades de registo referentes a observações ou verbalizações de formulação de perguntas, por parte das participantes às utentes, no sentido de obter informação destas ou suas pessoas significativas, na sequência ou não de identificação de dados relevantes.

Consideremos as seguintes transcrições de entre as 98 encontradas reveladoras de formulação de perguntas às utentes no âmbito acima referido:

“Pergunta-lhe se está muito cansada e porque não tem o Oxigénio” NC30

“Igualmente efectuou perguntas, se se encontrava bem, se gostou do procedimento, se tivera visitas, etc.” NC42

“... continua a interagir com a utente, efectua perguntas acerca dos outros membros da família da utente, ...” NC59

“A Enfermeira X, atenta, pergunta pela medicação que estava a fazer, a colega tenta descodificar a partir da cor dos comprimidos. Pergunta-lhe pela dispneia, a utente diz-lhe que sim.” NC63

“... Teve visitas, teve visitas hoje? ... Ah, ainda não apareceu ninguém? ...” GVP20; NC74

“... Está a doer? ... Srª R...? Está doendo?” GVP4; NC79

“Essas forças já estão melhores, sr G..? (...) Tem sempre falta de força? (...)” GVP26; NC96

## **Monitorizar**

Como vimos no subcapítulo “Contextos / Organização do Trabalho”, supervisionar, ou seja acompanhar, supervisionar, controlar, constituiu igualmente uma preocupação permanente observada nas participantes deste estudo.

Através desta estratégia as enfermeiras colhem grande volume de dados ou informação que servem de base ao processo de decisão.

Monitorizar, é também uma forma de supervisionar, todavia, neste contexto, apenas foi considerado quando se verificava ser mais dirigida a um utente em particular ou aos utentes atribuídos a cada enfermeira em cada turno de trabalho. Não incluímos por isso as unidades de registo inerentes à subcategoria “Coordenação / Supervisão, no âmbito da “Organização do Trabalho”. Apenas consideramos aquelas que sugeriam uma intenção particular de obtenção de informação de uma determinada utente e não no contexto anteriormente descrito. Teve mais a ver, portanto, com o “vigiar” os parâmetros vitais ou outros e a situação das utentes ou pessoas significativas.

Assim, considerámos nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações referentes a comportamentos de obtenção de informação através da vigilância de uma determinada utente ou aspecto particular, tendo por isso mais que ver com a vigilância dos sinais vitais ou outros parâmetros.

Consideremos alguns dos enunciados transcritos das unidades de registo codificadas nesta subcategoria.

“Depois de mugir o tubo de drenagem decide esperar mais um bocado e manter a situação sob vigilância.” NC12

“... dirigindo-se depois para junto de outra das suas utentes que estava com visitas, para verificar se o soro com antibiótico já tinham acabado.” NC44

“... avalia os outros parâmetros vitais, ...” NC53

“... vigia, no caso da urina de uma das utentes com oligúria... “ NC62

“Mantêm uma vigilância apertada e frequente. Permanecem no mínimo duas colegas junto da utente, ...” NC70

“... glicose, está a correr a 60 gotas... “ GVP1; NC87

## **Escutar**

Escutar, constituiu uma das estratégias utilizadas pelas participantes, sendo mais frequente em momentos de menor intensidade de trabalho e quando prestam cuidados individualmente verificando-se igualmente com maior frequência nalgumas participantes.

Esta estratégia é variável no que se refere ao tempo dispendido, durando desde alguns minutos a mais de uma hora, em casos mais especiais.

Desenrola-se durante a prestação de determinados cuidados ou, intencionalmente, por parte das colegas como estratégia de obtenção de dados ou de intervenção, ou ainda por solicitação das utentes ou familiares.

Incluimos nesta subcategoria as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações das participantes sugestivas de serem interpretadas como comportamentos de ouvir com atenção e de modo interessado, as utentes ou pessoas significativas.

As seguintes transcrições constituem alguns dos exemplos verificados com este grupo de participantes:

“... numa conversação com uma utente que se encontrava no corredor, demonstrando igualmente disponibilidade.” NC31

“... depois dirige-se a outra enfermaria em que está o marido de uma utente que lhe conta de imediato as suas dificuldades em levar a esposa para casa e começa a chorar convulsivamente. A enfermeira X adopta uma atitude de escuta activa, disponível, encaminha e informa acerca do serviço social, dá tempo para o sr. desabafar tudo e só abandona a enfermaria quando este já se recompôs.” NC61

“A atitude da enfermeira X é de escuta activa, intervém quando necessário e, apesar da intensidade de trabalho, mantém-se calma e disponível.” NC79

“Numa atitude de escuta activa, atenta, procura compreender o discurso desta durante algum tempo.” NC88

“Junto de uma utente muito faladora que chegara hoje, transferida do Hospital X, ouve-a com muita atenção e disponibilidade, apesar do carácter prolixo da sua comunicação.” NC94

“Dirige-se à utente, escuta-a” NC95

## **Palpar**

Esta subcategoria constitui uma estratégia de procura de informação relativamente frequente, não obstante a sua intensidade se ter verificado reduzida (18 unidades de registo). De facto, nas notas de campo não fomos exaustivos na sua descrição e nas verbalizações esta nem sempre foi referida pelas participantes.

Codificámos nesta subcategoria as unidades de registo relativas a comportamentos ou verbalizações susceptíveis de revelarem que as participantes se encontravam a procurar informação, explorando intencionalmente algo na utente através do tacto.

Vejamos alguns exemplos:

“... a colega palpa o abdómen, explora a parte intestinal, ...” NC12

“... palpa os edemas, pergunto-lhe o que é que está a ver, diz que está a ver os edemas, ...” NC32

“... palpa-lhe o abdómen, pois tinha feito retenção urinária de 1500 cc, ...” NC39

“... e palpa o abdómen, verifica que se encontra distendido, ...” NC47

“Está a magoar? ... É todo? ... É de cima a baixo? ... Onde, é aqui? (palpa) ... É? ... É aqui? ... É aqui em cima que magoa? ... É todo?” GVP25; NC75

“ (...) Eu estou a palpar aqui, mas...” GVP22; NC78

## **Consultar Registos**

Embora não tenha sido muito referenciada no corpus em análise, esta estratégia julgamos ser de algum modo frequente, sobretudo aquando das actividades indirectas, como as passagens de turno, as pausas para efectuar registos, que não se constituíram em momentos privilegiados de observação no âmbito deste trabalho.

Todavia constituiu um comportamento muito referenciado noutra categoria identificada (Ocupação das Enfermeiras), mas que não iremos referir neste relatório por não se relacionar directamente com o problema em estudo.

Na subcategoria “Consultar Registos” apenas incluímos as unidades de registo de observações ou verbalizações que, de forma inequívoca, se inseriam no contexto da intenção ou comportamento de obtenção de informação escrita, no decurso da interacção directa da enfermeira com a utente.

Como por exemplo:

“... consulta a história, verifica que já há dias que está sangrando, ...” NC2

“Durante este processo, e no que se refere aos produtos a aplicar, não tinha muito a certeza de que a utente estava a referir o produto certo, regressou ao gabinete para confirmar nos registos de enfermagem, o produto que estava a ser aplicado.” NC7

“Retira-se por isso à sala de trabalho para consultar o processo e estudar melhor a situação da utente.” NC65

“... Passou, alguma coisa? ... Eu já vejo (consulto) se tem alguma coisa!” GVP25; NC75

“Eh, mas eu vou já ver lá dentro, no seu processo se tem alguma coisa.” GVP9;  
22

## **Relacionar Informação**

O conhecimento em pormenor de cada utente permite uma análise e uma comparação constante com a informação que detêm as participantes, conduzindo a

novas estratégias de obtenção de informação ou à formulação de juízos, à identificação de problemas e à escolha das melhores estratégias de intervenção.

Analisar a informação, ou seja, decompor ou separar os elementos e relacionar a informação, estabelecendo relação entre eles, confrontando-os entre si ou com outra informação, constituíram estratégias de raciocínio frequentemente utilizadas durante o processo de prestação de cuidados.

Contudo, a estratégia “relacionar informação”, para além de muitas vezes pressupor a análise, foi a mais frequente e evidente, pelo que decidimos codificar ambas em “relacionar informação”.

Assim, incluímos na subcategoria “Relacionar Informação” as unidades de registo de observações ou verbalizações que denotassem o estabelecimento de relação entre elementos de informação, ou que sugerissem a “decomposição” de informação em elementos de menor granularidade.

Através das seguintes transcrições podemos verificar melhor este fenómeno.

“Relaciona a informação com os dados anteriores da utente e certifica-se de que está tudo bem. Refere-se à frequência cardíaca e a outros dados, confronta com o estado geral da utente, a verbalização, o pulso, a coloração da pele e das mucosas, e restantes parâmetros vitais.” NC13

“Ao acabar de avaliar os sinais vitais a colega refere que a utente está “com um febrão”, apesar do paracetamol, ...” NC23

“... relaciona as equimoses com a possível ingestão de VAREFIM pela utente porque pensa que no internamento anterior ela estava a fazer, ...” NC32

“... procura relacionar a informação que detém acerca das especificidades das utentes e incorporá-las nos cuidados, e na resolução dos problemas” NC44

“Diz-me, no entanto, que tem de observar melhor a utente, antes de colocar o O2, pois esta responde a maior parte das vezes afirmativamente por defeito, pois, como tem dificuldade em ouvir, responde afirmativamente mesmo sem entender a pergunta. Além disso verificara a ausência de cianose e de anomalias significativas na respiração.” ENT22; NC63

“Ao sair da enfermaria pergunto-lhe qual era a sua intenção de perguntar se a sra. Y bebera muita água. “É porque esta sra. está com provável infecção urinária..., ela já teve, agora parece que voltou. Porque ela ontem à tarde não urinou, urinou às 10 e esteve a tarde toda até às 18 sem urinar e com globo. Fez esvaziamento e drenou 400 de urina concentrada, com sedimento. No turno da noite ela urinou para a fralda e agora urinou, também. E não tem globo, por isso não posso.....” ENT12; NC70

“De qualquer maneira, ... ela também não tem dormido durante as noites. Tem sido, tem estado agitada e tudo... A sua TA e o seu pulso, como viu, estava melhor!”  
GVP22; NC78

## Interpretar Informação

Interpretar a informação, ou seja, atribuir-lhe um determinado significado ou tomá-la num certo sentido constituiu igualmente uma estratégia identificada no processo de prestação de cuidados.

Incluímos nesta categoria as unidades de registo de observações e verbalizações das participantes, indicativas de atribuição, por parte destas, de um certo significado à informação detida, ou estarem a tomá-la em determinado sentido.

Consideremos os seguintes exemplos.

“... interpreta a informação clínica das utentes, nomeadamente, a fisiopatológica, do tratamento, da analgesia, etc.” NC46

“Interpreta um ruído respiratório da utente, que à partida parecia ser devido a secreções nas vias respiratórias, como sendo provocadas pelos alimentos que tem na boca, ...” NC48

“Refere-me depois que interpreta a atitude do marido como uma pouca vontade de a visitar, uma vez que primeiro colocara a limitação do horário das visitas e depois já era por indisponibilidade profissional.” ENT4; NC59

“A utente pergunta se a enfermeira X falou com a filha, se lhe comunicou as dores e o ter vomitado, a enfermeira X interpreta como um desejo da utente e refere-lhe que sim. Mais tarde apercebeu-se que a utente não queria que preocupasse a filha.” NC73

“Pensou mais numa situação de ansiedade do que de dor?!”

Sim. O que a levou a ...? Quando procurei pelo comprimido era para o caso de ela ter realmente a dor nas costas, e por isso consultei o processo para ver se ela tinha alguma coisa em SOS. Mas pareceu-me que ela estava era mais ansiosa, e que não tinha aquela dor como eu pensava que... ela pudesse apresentar!

Quando disse “pareceu-me”, o que é que viu?

Pronto, quando a gente está à beira dela, acho que não é a dor típica, mas sim a psicológica. Disse que a neta não tinha vindo visitá-la..., por isso eu não valorizei muito.” ENT21; NC83



## **Formular Hipóteses**

Formular hipóteses, isto é, supor um determinado sentido, constituiu uma estratégia relativamente frequente neste estudo, particularmente no que se refere à etiologia dos problemas das utentes, as quais orientam as intervenções.

Codificámos nesta categoria as unidades de registo de observações ou verbalizações que sugeriam que as participantes estariam a supor provisoriamente que se encontravam perante um Problema / Diagnóstico de Enfermagem, Complicação Potencial ou respectivos Factores Relacionados.

Vejamos alguns exemplos.

“Assisto a uma conversa acerca do valor de uma tensão arterial de uma utente e a algumas das hipóteses que são colocadas como causa...” NC2

“Coloca hipóteses de ser ou não uma diarreia infecciosa ou de stress, facto que a visitante confirma imediatamente como sendo a mais provável.” NC25

“Ao lavar os genitais observa um eritema que suspeita tratar-se de uma micose.” NC34

“... colocam a hipótese de se tratar de uma infecção urinária ou da presença da algália na uretra.” NC39

“Põe a hipótese de se dever a um medicamento que está a fazer.” NC46

“Refere-me que pensa que foi devido ao facto de a utente ter ido mais cedo para a cadeira e que se sentiu mais cansada.” NC55

“Entretanto, no contacto com as utentes, apercebe-se de que possivelmente 2 delas terão temperaturas elevadas.” NC67

“(...) Mas esses tremores podem ser do tal medicamento. Que eu já lhe falei. E portanto..., aliás, os tremores são devido à Dopamina. Os tremores e o pulso assim acelerado..., podem ser devido à Dopamina.” GVP22; NC78

“Ela está um bocadinho constipada...! ela tem possibilidades de zonas de pressão..., deve ter alguma...” GVP1; NC87

## **Inferir / Formular Juízos**

Inferir, ou seja, deduzir por meio de raciocínio ou concluir, e respectiva formulação de juízo ou opinião acerca dessa conclusão, constituiu uma estratégia

relativamente frequente entre os participantes, no contexto do processo de prestação de cuidados.

Pareceu-nos constituir um raciocínio que precede a identificação de situações de cuidados ou problemas, diagnósticos ou fenómenos de enfermagem.

Nesta subcategoria, incluímos as unidades de registo de observações ou verbalizações das participantes susceptíveis da interpretação de se encontrarem a deduzir por meio de raciocínio ou a concluir e a efectuar a respectiva formulação da opinião acerca dessa conclusão.

Consideremos alguns exemplos.

“A colega num dado momento verbaliza que a TA estava normal. Pergunto porque o faz. Disse-me que no caso dessa mesma utente era porque os valores estavam dentro dos considerados normais para a sua idade.” NC17

“No caso dos sinais vitais, formula um juízo sobre os valores obtidos, tendo em consideração os valores anteriormente apresentados.” NC52

“Ponderam a necessidade desta entubação, chegando à conclusão que se justificaria sobretudo pela necessidade de ingestão de líquidos e pela sua dificuldade na ingestão.” NC67

“O que eu estou a notar..., ela tem mais dificuldade em perceber o diálogo dela...” GVP22; NC78

“Porque é que na outra utente chegou à conclusão que não era dor e não referiu tratar-se de um juízo de valor?”

Não sei, acho que o temperamento das pessoas é diferente..., pronto, já fiz noite... e acho que a sr<sup>a</sup>, não sei se é também por ela ter também problemas respiratórios, acho que se acentua mais, eu notei isso no turno da noite. Também, se calhar, já vem dos outros turnos..., que, acho que ela é um pedacinho ansiosa!” ENT21; NC83

“... mas estava a dizer que ela estava melhor... e mesmo está sem dúvida nenhuma! Está mesmo, mesmo melhor! Não tem nada que se compare...” ENT26; NC96

Neste subcapítulo procurámos descrever as estratégias inerentes à componente “Conhecer o Utente” do processo de tomada de decisão identificado no presente estudo, das quais se destacam “obter informação adicional”, “relacionar e interpretar informação”, “formular hipóteses” e “inferir ou formular juízos”.

No que se segue, apresentaremos as inerentes a uma outra categoria verificada neste estudo – “resolver problemas”.

### **3.1.2.3. Resolver Problemas**

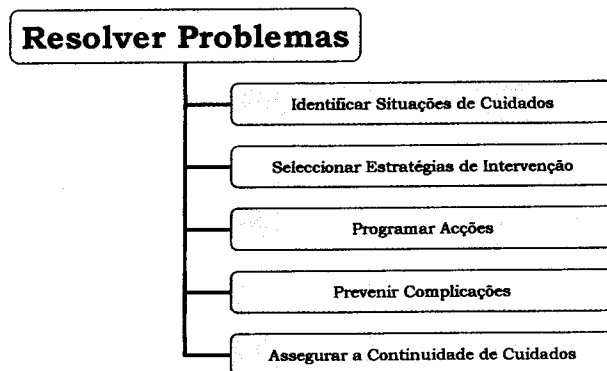
Neste estudo constatámos que resolver problemas constituiu uma preocupação quase permanente das enfermeiras no processo de prestação de cuidados (301 unidades de registo).

Tal como as restantes componentes da decisão clínica, a resolução de problemas afigurou-se um importante processo contínuo, durante o qual as enfermeiras utilizam várias estratégias com vista àquela resolução.

No modelo de decisão clínica de enfermagem que estamos a descrever, esta componente desempenha um papel de centralidade, e insere-se entre os contínuos “interagir”, apresentado anteriormente, e “intervir”, que iremos descrever um pouco mais à frente.

Na categoria “resolver problemas”, incluímos as unidades de registo referentes a comportamentos ou verbalizações das participantes susceptíveis de revelarem caminhos utilizados por estas no sentido da solução ou minimização de situações de cuidados de enfermagem e que foram codificadas nas seguintes subcategorias: “identificar situações de cuidados”, problemas diagnósticos ou fenómenos de enfermagem; “seleccionar estratégias de intervenção”; “programar acções”; “prevenir complicações” e “assegurar a continuidade de cuidados” (Figura nº7).

Figura 7: Estratégias cognitivas inerentes a “Resolver Problemas”



### **Identificar Situações de Cuidados**

No decurso do processo de prestação de cuidados, verificámos que as participantes identificavam, e por vezes verbalizavam nomeando-os, problemas, diagnósticos, fenómenos ou situações de cuidados de enfermagem.

Constatámos que esta estratégia decorria, sobretudo, no contexto do contínuo relação / intervenção junto das utentes, com relativa frequência. Verificámos ainda que esta nem sempre era facilmente captada pela observação ou gravação concorrente do pensamento das enfermeiras, podendo no entanto ser identificada quando as enfermeiras foram solicitadas a justificar um determinado procedimento observado.

Considerámos esta subcategoria sempre que estávamos em presença de registos de observações ou de verbalizações em que a enfermeira identificava uma situação, nomeando-a ou não, que requeria cuidados de enfermagem à utente.

Para melhor ilustração, consideremos as seguintes transcrições:

“ Identifica, desde as situações de incontinência urinária, aos problemas de fala  
.... NC18

“... à medida que presta os cuidados verifica que a utente está com dispneia, ...”  
NC41

“... avalia a capacidade da utente para autoalimentar-se, dá tempo para que a utente o faça, ensina-a, mas constata que a utente não consegue.” NC47

“Esta é uma sra. que faz zonas de pressão com muita facilidade!” GVP13;  
NC72

“(No corredor) A srª LD..., como ela está, deve precisar de oxigénio...” GVP7;  
NC81

### **Seleccionar Estratégias de Intervenção**

Uma vez identificados os problemas, necessidades, fenómenos ou situações de enfermagem, reais ou potenciais, os enfermeiros desenvolvem estratégias cognitivas no sentido de escolherem as melhores intervenções para lhes fazer face, socorrendo-se com frequência da sua capacidade criativa, e tendo em consideração uma previsão antecipada da evolução daqueles estados.

Por vezes agem de imediato, estabelecendo prioridades, e noutras ocasiões estabelecem um programa de acções a empreender por eles próprios ou pelos colegas de outros turnos ou serviços prestadores de cuidados.

Consideramos esta subcategoria sempre que em presença de registos de observações ou verbalizações que evidenciavam a escolha de uma ou mais acções de enfermagem para fazer face a uma situação ou situações que requeriam cuidados de enfermagem.

Vejamos algumas transcrições reveladoras desta estratégia:

“Entretanto, tenta os vários alimentos, de várias maneiras. Não consegue. Por fim, tenta forçar um bocadinho e a utente come um pouco, muito pouco. Deglute os comprimidos. A colega conclui que não vale mais a pena insistir. Irá aguardar mais um pouco. Não vai entubar, segundo refere, porque a utente por vezes come, consoante a posição.” NC15

“Descreveu a situação problemática criada, com a família aos gritos pelas escadas acima, a se confrontarem com a morte inesperada da utente ainda nova, e das estratégias que tiveram de utilizar no sentido de proteger aquela família naquele momento de desespero.” NC26

“A utente tem estado a vomitar. No entanto as colegas pensam e tentam várias maneiras de fornecer açúcar à utente. Instilam água açucarada pela sonda e aplicam

açúcar sublingual, num esforço permanente para suprimir a acentuada hipoglicémia da utente....” NC29

“... era cautelosa, sabia exactamente porque é que a utente estava com sonda (porque não ingeria líquidos) e apesar de estar com sonda dava os alimentos pela boca, com muita habilidade.” NC42

“... verbaliza várias estratégias de intervenção, incluindo o evitar do contacto com a fralda e o tipo de produto a aplicar (corticoide ou fungicida), ...” NC77

“... disse que na utente em estado terminal se lembrara de a aspirar e que ponderara o benefício e o facto de ter de interromper a actividade para reunir o material. Decidiu não aspirar pela incipiente magnitude do problema observado. “ENT27; NC93

### **Programar Acções**

Programar acções constituiu uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para estabelecerem prioridades e se organizarem na prestação de cuidados aos utentes, resolverem ou minimizarem os seus problemas, ou ainda prevenirem complicações.

Não obstante termos constatado, através da análise do conteúdo dos registos, ser esta uma categoria relativamente frequente, todavia é nossa convicção de que a sua intensidade no quotidiano da prática clínica de enfermagem será possivelmente maior. Uma das razões porque tal acontece, deve-se ao facto de esta não ter sido inteiramente captada pelos métodos e técnicas utilizadas neste estudo, nomeadamente por termos privilegiado a observação de actividades directas das participantes junto das utentes e ser durante as actividades indirectas que esta estratégia mais ocorre.

Considerámos nesta subcategoria, as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações que evidenciassem ou sugerissem a intenção ou acção de estabelecer prioridades ou programar cuidados de enfermagem a uma ou mais utentes.

São exemplos desta subcategoria, os seguintes:

“A colega apercebe-se de que a utente está muito cansada e perante a dificuldade e morosidade no puncionar da veia desta utente, refere que irá primeiro deixar a utente descansar um pouco.” NC20

“... estabelece prioridades na sua resolução, incluindo a de não intervir ou de o resolver imediatamente se julgar necessário, ...) NC62

“... ao lhe ser perguntado em momentos diferentes o que está a pensar fazer, disse-me que irá aguardar a evolução, uma vez que a situação da utente lhe parece estar estabilizada, tendo em atenção a melhoria do nível de resposta, os parâmetros vitais, embora espere que a TA suba um pouco mais, a medicação que está a fazer, o O2, etc.” ENT6; NC70

“... com priorização de actividades mediante o decorrer da situação, como o caso de priorizar o posicionamento, a colocação de oxigénio e administração de medicação, etc., em detrimento da mudança de roupa da utente.” NC84

“Entretanto chega o lanche. Ajuda a colocar a utente na cama e prioriza a refeição em detrimento da avaliação da TA, pois, como refere, os valores estarão alterados e pouco fidedignos pelo esforço realizado.” NC94

“Refere-me depois o que pensa fazer à utente com a temperatura elevada. (aspirar secreções e administrar antipirético).” ENT26; NC96

## **Prevenir Complicações**

Prevenir complicações constituiu igualmente uma preocupação das participantes neste estudo, sendo uma estratégia relativamente frequente.

De facto, inerente ao papel de cuidador estão os cuidados de manutenção, para os quais a prevenção de complicações se reveste de elevada importância.

Considerámos esta subcategoria sempre que estávamos em presença de registos de observações ou verbalizações que evidenciassem atitudes ou comportamentos das participantes no sentido de evitar ou minimizar riscos acrescidos, ou danos nas utentes.

Vejamos algumas das unidades de registo codificadas nesta subcategoria.

“... verifica-se um cuidado muito especial no evitar a transmissão da infecção nosocomial.” NC6

“Ao posicionar a utente, colocam as grades na cama para protecção da utente” NC39

“... e depois o assegurar de que a utente não volte a retirar a sonda” NC67

“Ela pode regurgitar... Vou aspirar..., para ver se tem conteúdo gástrico..., ela estava com estase de manhã...! Agora não tem!” GVP1; NC87

“Vou aliviar-lhe a roupa! Para baixar um bocadinho... para ver se não apresenta febre!” GVP26; NC96.

## **Assegurar a Continuidade de Cuidados**

Assegurar a continuidade de cuidados, quer durante o internamento hospitalar, quer no domicílio, foi igualmente uma estratégia encontrada no processo de prestação de cuidados.

Assim, no internamento, encontrámos unidades de registo inerentes à passagem de turno, ao acompanhar a utente a outras unidades de cuidados ou ao passar informação da utente à colega que a iria substituir temporariamente e ao efectuar registos.

No que se refere ao domicílio, as unidades de registo têm que ver sobretudo com as actividades de preparação para a alta e aquelas que visam garantir a continuidade dos cuidados em casa, no centro de saúde ou lares.

Foram codificados nesta subcategoria os registos de observações ou verbalizações referentes a comportamentos das enfermeiras que evidenciassem o providenciar ou utilizar informação, escrita ou oral, no sentido de garantir a continuidade na prestação de cuidados durante o internamento ou após a alta hospitalar.

Consideremos algumas transcrições reveladoras de assegurar a continuidade de cuidados no **internamento**:

“Estava a passar informação à colega que iria continuar com as suas utentes.”  
NC51

“As colegas passam a informação relativa a cada uma das suas utentes à colega da tarde que irá dar continuidade aos cuidados.” NC67

“Iniciam a programação para a dispensa da enfermeira X que irá acompanhar a utente, e esta retira-se para efectuar os registos desta ocorrência para a continuidade de cuidados da utente no SU. Momentos mais tarde a enfermeira X passa as suas utentes às duas colegas que irão ficar no serviço.” NC75

“(No turno da tarde) (Falo-lhe algo sobre a respiração da utente) Não, agora é que ela, pronto, parece que tem uma certa pieira, mas hoje de manhã, ela estava tão agitada, que ela na posição de sentada já estava metendo as pernas e os braços fora das grades... da cama. ...” GVP21; NC83



## **E no domicílio ou comunidade:**

“A enfermeira entrega a documentação ao familiar e explica-lhe cada um dos envelopes e algo mais sobre a continuidade de cuidados, a ida ao centro de saúde e alguns cuidados a ter em casa.” NC2

“Numa das enfermarias verifico que a família da utente está presente. A utente terá alta hoje. É idosa e dependente. Por isso, a família veio mais cedo para receber orientações e aprender a cuidar da sua higiene, mobilização alimentação e posicionamento, no seu regresso a casa.” NC22

“... e tenta preparar a família para a alta. Diz-lhes que mais dia menos dia vai para casa, que não esperem uma recuperação muito grande da utente, uma vez que esta em casa já estava com um certo handicap e que por isso não era no hospital que iria ficar melhor do que antes, e que por isso, quando estivesse melhor, num estado parecido ao que tinha em casa, iria ter alta.” NC44

“Observo a enfermeira X numa interacção com os familiares de uma utente, a combinar a continuidade de cuidados na alta, pois anteriormente detectara problemas entre aqueles no que se refere a qual das filhas iria ficar com a mãe.” NC83

Como vimos, neste subcapítulo apresentámos as estratégias inerentes à categoria “resolver problemas”, verificada neste estudo como uma importante componente do processo de prestação de cuidados de enfermagem.

Naquele que se segue iremos descrever outras das componentes de centralidade neste processo: “avaliar”.

### **3.1.2.4. Avaliar**

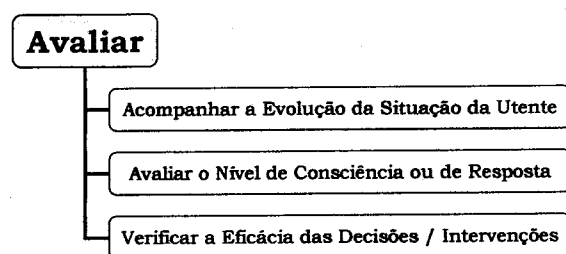
Entre as estratégias frequentemente encontradas neste estudo estão as de verificar a evolução da situação das utentes, avaliar os seus níveis de consciência ou de resposta, formular juízos comparativos acerca dos estados de saúde, ou determinar a eficácia das intervenções de enfermagem (137 unidades de registo).

De facto, constatámos constituírem estas preocupações das participantes, muitas vezes tendo como intenção o conhecer melhor as utentes (categoria anteriormente descrita) e outras no sentido de monitorizar a evolução das suas situações.

Verificámos assim que as estratégias envolvidas são muito semelhantes às descritas na categoria três “Conhecer a Utente”, sobretudo no que diz respeito à “Procura de Informação Adicional”.

Todavia, nesta categoria apenas foram considerados os casos em que, implícita ou explicitamente, os registos das observações ou das verbalizações do raciocínio indicavam uma comparação com a mesma situação, necessidade ou com o mesmo problema anteriormente identificados; no caso da subcategoria “verificar a eficácia das decisões / intervenções”, considerámos que essa comparação fosse efectuada após estas terem sido implementadas. (figura nº8)

Figura 8: Estratégias cognitivas inerentes à categoria “Avaliar”



### **Acompanhar a Evolução da Situação da Utente**

Acompanhar a evolução do utente, aqui referida no estrito sentido de comparação com a situação anterior, quando formulado o respectivo juízo, verificou-se de algum modo também frequente.

Nesta subcategoria, apenas foram codificadas as unidades de registo de comportamentos ou verbalizações que pressupunham a comparação, implícita ou explícita, com a informação que as enfermeiras detinham sobre uma situação anterior

das utentes, relativamente aos problemas ou necessidades destas, denotadas através da formulação de juízos comparativos.

Vejamos alguns exemplos das respectivas unidades de registo.

“... refere que a tonalidade da pele é idêntica à que tinha anteriormente.” NC55

“... numa das utentes identifica um agravamento da sua apatia...” NC60

“... Esta ulcerazinha aqui de momento é que não..., mas já estive com pior aspecto!” GVP4; NC71

“Peço-lhe que me refira porque é que perguntou pela tosse à doente se esta não estava a tossir. Responde-me que é para ver se ela reconhece que já está a ficar melhor da tosse ou não. Eu, na minha noite, eu faço uma comparação da minha última noite, que apesar dos antibióticos, passou a noite a tossir. Então eu fui ver se estava melhor da tosse.” ENT20; NC74

“Ela está tão diferente dos primeiros dias...! Andava..., por aí...! Ela está mais ou menos...” GVP15; NC82

“... ela está com mais edemas, hoje estão, em relação aos outros turnos...” GVP1; NC87

### **Avaliar o Nível de Consciência ou de Resposta**

Avaliar o nível de consciência ou de resposta das utentes constituiu uma estratégia frequente neste estudo, devido às características e problemáticas daquelas, anteriormente referidas em “Características das Utes”.

Foram codificadas 45 unidades de registo nesta subcategoria. Porém, é nossa convicção tratar-se de uma atitude e de um comportamento muito mais frequente que nem sempre foi por nós documentado em notas de campo.

A decisão de não classificar esta estratégia em “obter informação” teve por base o critério de que, na maior parte das situações, pareceu-nos ser a intenção da enfermeira acompanhar a evolução do nível de consciência da utente, embora o fizesse, por vezes com o objectivo de obter informação adicional.

Por isso, foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo de comportamentos ou verbalizações susceptíveis de evidenciar a intenção da enfermeira

em acompanhar a evolução do grau de consciência, orientação ou resposta a estímulos por parte da utente.

Esta estratégia contém algumas das anteriormente referidas noutras categorias, tais como observar, questionar, estimular, etc., as quais decorrem frequentes vezes durante o “estabelecer relação com a utente / pessoa significativa”.

Vejamos alguns exemplos:

“... dirige-se a esta utente e conversa com ela. Aproveita a oportunidade para verificar o discurso e a orientação da utente.” NC23

“... Sabe onde está, já sabe onde está? Diga-me lá onde a sr<sup>a</sup> está?! ... está no hospital M, sim sr<sup>a</sup>, está certo! E a sr<sup>a</sup> porque é que está aqui, diga-me lá porque é que está aqui?” GVP3; NC73

“Quando perguntava à sr<sup>a</sup> X se teve visitas, qual era a sua intenção? Era para avaliar o estado de consciência da doente.” ENT20; NC74

“Mas acha que ela está mais confusa, é isso? (Não.) (Dirigindo-se para a utente) Quem é aquela sr<sup>a</sup> que está ali ao seu lado? Aquela, aquela sr<sup>a</sup>, quem é? (...) esta, esta sr<sup>a</sup>, olhe, olhe para ali, olhe..! Veja se conhece.... Quem, é, como é que ela se chama...?” GVP22; NC78

“Estou a tentar ver..., como é que ela reage, fazendo pressão... ... na parte external, a nível do apêndice xifoideu, fazendo pressão, fazer um estimulozinho (executando)..., ver como é que a sr<sup>a</sup> está, para comer...” GVP1; NC87

### **Verificar a Eficácia das Decisões / Intervenções**

Tal como anteriormente o referimos relativamente às subcategorias incluídas em “avaliar”, esta apresentou também algumas dificuldades na sua identificação cabal pelos métodos utilizados no presente estudo, devido ao carácter contínuo e interactivo do processo de prestação de cuidados. Decidimos por isso delimitar a sua definição.

Assim, esta subcategoria foi apenas considerada quando os registos das observações, entrevistas ou verbalizações do pensamento estavam orientados para a avaliação do resultado de uma determinada decisão ou intervenção de enfermagem, de forma explícita ou implícita, como podemos verificar através dos seguintes exemplos de unidades de registo.

“A enfermeira X dá o exemplo de uma utente a cuja família tivera neste dia de demonstrar o banho e a mobilidade e porque este era o primeiro dia que tinha a utente, tivera muita dificuldade e ficou com a sensação de que a família não foi bem orientada.” NC43

“... constata e verbaliza que precisa de aspiração de secreções, diz-me que já aspirou mas que a utente ainda precisa...” NC67

“... Isto é que não está a dar resultado, eu penso que já deve ter rebentado..., pois é...!” GVP13; NC72

“(Junto de outra utente numa enfermaria) Sr<sup>a</sup> M, está bem disposta? Acha que está mais fresca? (Posteriormente refere-me que tinha apresentado temperatura elevada e que lhe administrara um antipirético)” GVP14; NC74

“(Papinhas, papinhas!) Papinhas, papinhas! Já está mais reactiva..., foi estimulada...” GVP1; NC87

“Está melhor assim? Está? Está melhor assim?” GVP26; NC96

Neste subcapítulo procurámos descrever a categoria “avaliar” e as inerentes estratégias de raciocínio nela identificadas.

Naquele que se segue, apresentaremos um dos contínuos mais frequentes identificados neste estudo, o qual designamos por “intervir”.

### **3.1.2.5. Intervir**

No decurso do processo de prestação de cuidados, tal como vimos relativamente à categoria “interagir”, identificamos inicialmente um outro contínuo que codificámos, provisoriamente, como “contínuo decisão / intervenção”.

Trata-se de uma categoria frequente (156 unidades de registo) que decorre habitualmente durante as sequências de cuidados, baseados em esquemas de organização de trabalho ou não, durante os quais as enfermeiras procuram, relacionam e interpretam informação, formulam juízos, identificam problemas, delineiam estratégias de intervenção, implementam-nas imediatamente, avaliam-nas, num processo interactivo, e em que está sempre presente a relação / comunicação interpessoal e outras estratégias simultâneas.

Embora, por vezes, verifiquemos que aqueles dois contínuos estão interrelacionados, isto é, tudo se iniciando com o estabelecimento de relação, seguida da identificação de um problema ou necessidade da utente e conseqüente intervenção, no “contínuo decisão / intervenção” incluímos as transcrições de observações ou verbalizações que sugerissem precisamente a identificação de um problema, necessidade, diagnóstico ou qualquer outra situação de cuidados explícita ou implícita, por parte das enfermeiras, acompanhada de subseqüente intervenção.

Constituem assim unidades de registo por vezes bastante abrangentes e incluem outras estratégias de menor dimensão, ainda que nem sempre pertencentes à categoria “intervir”.

Vejamos os seguintes exemplos de transcrições codificadas inicialmente nesta categoria.

“Igualmente, à medida que identificam as situações nas utentes, vão intervindo, desde as situações de incontinência urinária, aos problemas de fala. Interagem com as utentes e procuram resolver as situações que vão surgindo, na medida do possível.” NC18

“Dirige-se para a utente, observa-a, verifica se tem oxigénio, ajusta a sua posição, eleva a cabeceira da cama, verifica a funcionalidade do aparelho de aspiração e retira-se para ir buscar material.

Regressa, aspira a utente e eu pergunto-lhe porque é que veio para junto desta utente. Confirma que vinha a passar e observou que a utente estava com dificuldade respiratória, por isso foi ver o que se passava.” NC30

“... atendem aos problemas principais da utente, colhem mais informação, observam os edemas, a pele, palpam as pernas e intervêm, por exemplo, elevando a cabeceira e colocando imediatamente o oxigénio e posicionando a utente.” NC34

“A dada altura verifica que a utente começa a ficar dispneica, cianosada, atende a esta situação, observa a pele, verifica os edemas, a coloração, ou seja um conjunto de sinais e sintomas que a utente apresenta a nível geral dos quais mais se destacam a dor e a dificuldade respiratória. Refere entretanto que a utente precisa de O<sub>2</sub>, sai da enfermaria para verificar se a utente tem terapêutica para a dificuldade respiratória. Constata que não. Chama um médico.” NC55

“Mais à frente, ao colocar a braçadeira numa das utentes idosas, apercebe-se da temperatura da pele, pelo que coloca a hipótese de hipertermia. Refere que, apesar de não conhecer muito bem a utente, parece-lhe que está mais sonolenta, estimula-a e atribui á provável elevação da temperatura. Foi buscar o termómetro e mais tarde refere-me que se confirmara este problema.

CO: Uma vez mais se confirma a identificação de problemas na sequência de actividades de rotina bem como o contínuo identificação de problemas, intervenção ...” NC60

“(Uma das utentes refere algo) Está com dores nas costas? (...) E que tal, se a sr<sup>a</sup> R se levantasse e viesse dar um passeiozinho?! (...) Ah! Eu vou-lhe arranjar um andarilho para andar um pedacinho. (...) Pois, fica o dia inteiro sentada de cadeira, pelo menos aqui dentro na sala a sr<sup>a</sup> R podia andar..., que a sr<sup>a</sup> consegue! Vai-se aguentando de um lado e de outro e consegue dar uns passinhos! (...) Eu já vou ajudá-la! (...) Espere aí que eu já vou ajudá-la. Enquanto eu estou cá dentro, sempre dá um passeiozinho, não é verdade? Vamos lá! Upa! Colocar o robe... (a utente demonstra alguma dificuldade) Está estonteada ou que é? (...) A seguir também o corpo habitua-se sempre parado..., quando a seguir começar a andar..., as pernas..., vão doer! Vamos lá! Pelo menos aqui dentro... (A utente anda e geme um pouco)” GVP4; NC79

“(Seguidamente vai ter junto de uma utente) Olhe, sr<sup>a</sup> R, eu vou deixar aqui um comprimido para o jantar... (...) Está com falta de ar? (...) Olhe, vou tentar sentá-la melhor na cama! Vai-se lá ver! Para ver se isto melhora. A sua falta de ar. Dobre os joelhos..., vamos lá puxar para cima! É que também se calhar estava um bocadinho mal sentada! Vai-se pôr isto assim..., a cabeceira elevada... (...) Não se sente melhor assim..., com a cama levantada?! (...) Não? (...) E acha que melhora com oxigénio? (...) Acha que melhora se colocar o O2?! (...) sente mais um alívio se eu colocar o O2?! (...) Sim?! (...) Então vai-se colocar o O2! ... Já agora..., às vezes costuma ter... Olhe, eu estou a ver que tinha o O2, arrancou durante a manhã? (...) Então o que é que aconteceu? (...) Então porque é que ainda está dependurado? (...)” GVP21; NC83

“Ela pode regurgitar... Vou aspirar..., para ver se tem conteúdo gástrico..., ela estava com estase de manhã...! Agora não tem! Vou dar a alimentação por gavagem... .. Dar lentamente... Observar a reacção da doente...” GVP1; NC87

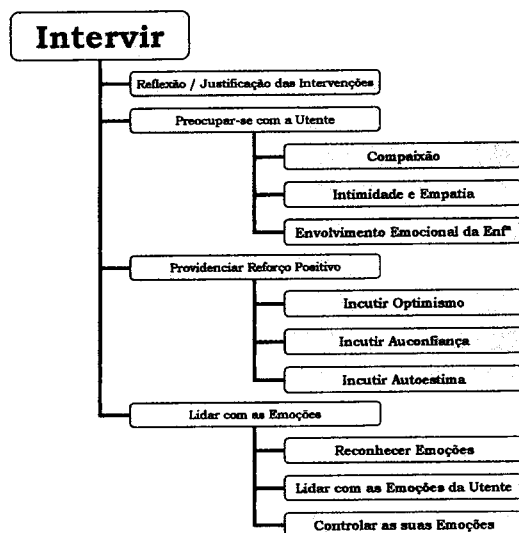
“Seja como for e assim com esta ansiedade..., vai estar... no máximo! Por isso eu quero que ela coma, primeiro, que depois descanse um bocadinho...” GVP11; NC94

“Trinta e sete e seis! Vou aliviar-lhe a roupa! Para baixar um bocadinho para ver se não lhe chega febre!” GVP26; NC96

Inerentes a esta macro categoria, e à medida que prosseguíamos a nossa análise, outras categorias menos abrangentes foram emergindo, as quais incluímos numa categoria que designámos de “intervir”.

Na categoria “intervir” considerámos unidades de registo referentes a observações ou verbalizações reveladoras de aspectos relacionados com acções de enfermagem que foram codificadas nas subcategorias “reflexão / justificação das intervenções”, “preocupar-se com a utente”, “providenciar reforço positivo” e “lidar com as emoções”. (Figura nº9)

Figura 9: Estratégias cognitivas inerentes à categoria “Intervir”



### Reflexão / Justificação das Intervenções

No decurso do processo de prestação de cuidados, verificámos que muitas das acções empreendidas pelas participantes, tinham por base um processo de pensamento ou raciocínio que justificava essas tomadas de decisão.

Contudo, nem sempre este processo se afigura facilmente perceptível. Por vezes, até nem as próprias conseguem explicar completamente o que fizeram, porque o fazem de modo automático, sem raciocínio. Outras vezes, como referimos anteriormente nas situações menos definidas, agem com base naquilo que lhes parece ser mais aconselhado para uma dada utente em particular (reconhecimento de padrões / intuição).

Por outro lado, para além destes processos de pensamento, constatámos ainda que a reflexão durante e após a acção, constitui uma estratégia utilizada no processo de prestação de cuidados.

Assim, incluímos na subcategoria “reflexão / justificação das intervenções”, as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações susceptíveis de



evidenciarem a presença ou ausência de raciocínio e a reflexão inerente a qualquer acção de enfermagem, durante ou após a sua realização.

Vejamos algumas transcrições inerentes a cada uma destas estratégias.

### **Exemplos de justificação das intervenções**

“... perguntei-lhe porque é que tinha decidido aspirar as secreções. Respondeu-me que foi porque a utente apresentara a respiração ruidosa, com roncos.” NC4

“Estou tentando tirar o máximo..., está muito aderente..., eu não consigo, vou ver o que é mais.... Agora já limpei as feridas, vou só limpar..., que este pé não é lavado..., quando são prestados os cuidados de higiene este pé não é lavado (tem uma ligadura), então a gente aproveita..... Entretanto também está seco. A gente dá sempre vaselina. Não vou destacar as crostas, pois pode causar feridas..., a gente aproveita, já se dá uma massagem..., não dou pomada nos espaços interdigitais, senão fica muito húmido.... Agora o pé já está todo limpinho...! Ulcerase..., ele também é cicatrizante mas..., também dá para.... Para destacar os tecidos vou espalhar..., ulcerase, com uma espátula, para ficar por toda a ferida e para não ficar uma camada muito grossa.” GVP2; NC68

“Naquela sr<sup>a</sup> M, perguntou se ela..., a água era para os medicamentos?

Não, aquela sr<sup>a</sup> tem expectoração amarelada e espessa, e a ingestão hídrica aumenta, fluidifica... (...) Por isso é que nós orientamos para ela beber muita água.” ENT22; NC78

“... A sra. vai ficar em semi (lateral)..., porque facilita a respiração, a parte respiratória... ..” GVP1; NC87

“Ao perguntar-lhe, refere-me que o fez pela glicémia apresentada e por saber que esta utente tem habitualmente uma urina muito concentrada.” ENT27; NC93

### **Exemplos de Acções Automáticas**

“Perguntei se achou que pensou mais do que verbalizou, mas teve dificuldade em responder devido à natureza desta tarefa, pois vai pensando e fazendo ao mesmo tempo ou são coisas que já está habituada a fazer e que talvez não é preciso pensar. Já é uma rotina. Não sabe como explicar. Exemplifica. Quando está a comer, leva o comer à boca, mas não está a pensar no movimento que está a fazer.” ENT2; NC68

“ (Verifico que está muito concentrada no que está a fazer.) Está a pensar...? Agora abstraí-me mesmo! ... Mesmo ao mínimo toque, já se trai o pé. ... Chega a uma altura que a gente já..., já é quase que automático, já interiorizamos de tal maneira que... a gente já faz sem, sem pensar em fazer. Um procedimento automático, não é? É. Quando está a observar (inspeccionar), está a pensar em alguma coisa? Nada, nada. Pelo menos relacionado com isso, não.” GVP24; NC71

“... reafirmando o facto de que algumas vezes está a actuar e não está a pensar naquilo que está a fazer, porque o faz de forma automática, pelo que lhe parece difícil verbalizar.” ENT13; NC72

“... e afirmou não ter pensado para além do que verbalizou. Refere no entanto os gestos de sequências automáticos que efectua sem pensar, enquanto muitas vezes interage com as utentes.” ENT8; NC73

### **Exemplos de Reflexão Durante a Acção**

“... reflectem e agem em conformidade.” NC23

“Esgotadas as possibilidades de sucesso, uma das enfermeiras que não estava com a utente, mas mais experiente, coloca a questão da real necessidade do soro, reflectem em conjunto e em voz alta e rapidamente acordam não tentar de novo, dizer ao médico para passar a terapêutica para a via oral, uma vez que a utente come e bebe o suficiente.” NC77

“Estou a achar que são muitos comprimidos, mas está correcto!” GVP21; NC83

“(Noutra enfermaria - utente confusa) Sra. L...?! Ah..., sra L...! ... Ai..., vida! Tirou isto tudo..., senhora...? (...) Tudo! Sonda nasal, sonda nasogástrica...! Não lhe imobilizamos as mãos! ... A gente não imobilizou bem esta mão, por causa do soro, que foi repuncionada... (diz-me)” GVP27; NC95

### **Exemplos de Reflexão Sobre a Acção**

“Falámos igualmente do caso de uma utente nova que falecera inesperadamente naquele serviço, na semana anterior. Falam dos problemas que identificaram e tentam relacioná-los com eventuais etiologias.” NC3

“... Devia ter vindo primeiro aqui a esta ferida... dá impressão que está um bocadinho mais limpa!” GVP2; C68

“A compressa..., agora, aqui é que eu tenho que ver se o catéter está... limpinho (seco) ou não! ... Pronto. Estes catéteres, quando é assim, quando isto não está bem seguro..., pomos mais uns adesivos...” GVP13; NC72

### **Preocupar-se com o Utente**

Neste estudo verificámos que as participantes denotavam frequentes vezes uma preocupação com as utentes que se traduzia em comportamentos e expressões de sentimentos de compaixão, simpatia, empatia, disponibilidade, solicitude,

proximidade, respeito pela individualidade, intimidade, e pelo global das utentes e, em algumas situações, particularmente inesperadas, um forte envolvimento emocional.

Assim, foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo de comportamentos ou verbalizações reveladoras do interesse pelas utentes, nomeadamente através de compaixão, a empatia / intimidade e o envolvimento emocional.

Vejamos algumas transcrições reveladoras desta preocupação com as utentes:

### **Compaixão**

De entre as unidades de registo que posteriormente agregámos sob a designação de preocupação com o utente, temos a compaixão, na qual incluímos as unidades de registo inerentes a comportamentos ou verbalizações que evidenciassem a preocupação em proporcionar bem-estar e aliviar o sofrimento do utente ou pessoa significativa, ou atendê-lo na sua globalidade.

Verificámos tratar-se de uma atitude mais ou menos habitual das participantes durante o processo de prestação de cuidados, tendo sido identificadas 103 “passagens”.

Como exemplos desta subcategoria, consideremos os seguintes:

“... e demonstram uma dedicação muito grande às utentes, na sua maioria muito idosas e dependentes.” NC1

“Observei uma preocupação da colega com o estado da utente, uma antevisão do futuro em face do prognóstico, no sentido de preparar a utente para encarar a sua incapacidade, não criando expectativas muito elevadas” NC32

“Enquanto conversávamos sobre isto, manifesta a sua preocupação em contactar a família da utente que falecera” NC76

“Esta sr<sup>a</sup> de dia para dia, as forças vão fugindo (verbaliza para mim, enquanto a utente bebe água com dificuldade e tosse)! Quando entrou ainda se sentava, andava... Quer mais água...?! Hum...? (a utente não responde) ... (Talvez esta fruta...) ... E a seguir nem apetite para comer tem...! Não é verdade sr<sup>a</sup> C?! (a utente esboça verbalmente algo) E a seguir para falar com a família nem sequer tinha vontade! Mais uma cozinha? Hui! ... Isto, vou ver se lhe trago vaselina para lhe dar nos lábios, está ficando com os lábios secos...!” GVP4; NC79

“Está doendo? (...) Mas se doer, diz, está bem?! Que isto não é para dar dores! Só dá dores no início! ..” GVP27; NC95

“ (pergunto se está a pensar em algo) Estava a pensar que ela ontem à tarde passou mal o dia, passou mal a tarde! A minha colega até pensou que ela ia falecer...!” GVP26; NC96

## **Intimidade e Empatia**

O estabelecimento de empatia e intimidade constituiu igualmente uma subcategoria muito frequente neste estudo.

Nela incluímos as unidades de registo sugestivas de relacionamento empático com a utente ou pessoa significativa, de proximidade, intimidade, solicitude, disponibilidade, e respeito pela individualidade destas.

Foram identificadas 116 unidades de registo, das quais apresentamos os seguintes exemplos:

“... acorda suavemente e carinhosamente a senhora, numa atitude muito próxima e muito íntima, abraça a utente...” NC19

“... em função da situação e a todas as utentes tem uma palavra a lhes dizer apesar do muito trabalho.” NC49

“... e continua a interagir com a familiar, a ouvir com empatia a sua história, as suas dificuldades, etc. ...” NC66

“(...) Cá nada, também se eu estivesse no seu lugar..., olhe que... (...) A gente às vezes no querer ajudar só desajudamos, não é? Mas o que vale é a intenção, sr<sup>a</sup> M!” GVP22; NC78

“Observo a sua atenção para com um problema de um familiar de longe que aguarda a ambulância, denotando empatia,...” NC88

“A sr<sup>a</sup> F anda sempre no PS (local onde vive) e aqui...!? (...) Isso também é cansativo! Esteve na semana passada e... (...) Tem que ser, sr<sup>a</sup> F, não é? (...) É verdade, temos que fazer um esforçozinho! (...)” GVP11; NC94

## **Envolvimento Emocional da Enfermeira.**

As enfermeiras, perante algumas situações ou problemas das utentes ou seus familiares, demonstraram um envolvimento emocional, por vezes muito intenso, sobretudo em situações inesperadas ou em utentes dos quais possuem maior

conhecimento, proximidade e intimidade, denotando um esforço para se autocontrolarem, e revelando preocupação para com as utentes.

Foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações sugestivas de evidenciarem a expressão de sentimentos ou emoções, por parte das enfermeiras relativamente às utentes.

Diferenciámos esta categoria da categoria “lidar com as emoções”, porque neste contexto as unidades de registo foram interpretadas no sentido da “preocupação com as utentes”.

**Vejamos alguns exemplos:**

“Denota todo o envolvimento emocional através de um rosto vermelho, um olhar muito atento e uma atitude de vigilância permanente.” NC50

“... e um envolvimento emocional muito grande por parte das intervenientes mais directamente implicadas, talvez por se tratar de um acontecimento súbito e grave, numa utente consciente, activa e independente, que estava no serviço por um problema pouco grave do foro respiratório, aparentemente não relacionado com esta situação. Este envolvimento emocional foi sobretudo patente no rosto da enfermeira X, enfermeira da utente neste turno.” NC70

“Verifiquei também um grande envolvimento emocional da maior parte da equipa, e de uma colaboração mútua, incluindo no amparo do familiar por uma participante grávida.” NC72

“A enfermeira X, particularmente, está pálida, lívida, muito cansada, num envolvimento emocional muito grande.” NC75

“A enfermeira X fica muito mais calma à medida que a utente melhora, e então retoma a sua apresentação. Evidencia mais tranquilidade (o seu rosto e atitude parecem outros)” NC84

“Falamos também um pouco da situação e da emoção que sentiu quando se deparou com a utente naquele estado “eu quando cheguei lá dentro e vejo a mulher cianosada..., eu nem lhe digo nada!”” GVP18; NC84

### **Providenciar Reforço Positivo**

Foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo referentes a observações ou transcrições de verbalizações, passíveis de serem interpretadas como estimular o optimismo da utente, aumentar-lhe a autoconfiança ou a auto-estima.

Embora o reforço positivo não se tenha verificado como uma categoria muito frequente no conteúdo das notas de campo (36 unidades de registo), constatámos, contudo, por parte das colegas em geral e das participantes neste estudo em particular, uma preocupação em inculcar esperança nas utentes e reforçar-lhes a sua confiança e estima, como podemos verificar através dos seguintes transcritos.

### **Exemplos de Inculcar Optimismo**

“Está uma flor, oh!, a andar...” GVP4; NC79

“(Noutra utente, na mesma enfermaria) Sr<sup>a</sup> V, então, vai passear?! (a utente diz que vai ao WC) Ah, vai ao WC, é assim mesmo! Em vez de fazer na fralda, é andar..., até ao WC!” GVP4; NC79

“Mostra-se optimista relativamente à evolução da ferida, e procura transmiti-lo à utente.” NC81

“Pronto, pronto, vai ver que vai ficar melhor! Já vai começar a respirar melhor...” GVP21; NC83

“Isso, muito bem! Foi só um jeitinho que fez...! (...) Pode deitar, pode deitar. Muito bem!” GVP11; NC94

“(...) Mas agora já está com uma coizinha melhor!” GVP26; NC96

### **Exemplos de Inculcar Autoconfiança**

“... e transmite-lhe segurança e autoconfiança.” NC79

“Mas olhe, sr<sup>a</sup> F, vou-lhe deixar aqui a medicação..., se lhe estiver a doer, depois diz-me, está bem, que a sr<sup>a</sup> F é que sabe como é que se está a sentir!” GVP21; NC83

“(...) Sente-se direitinha...! Isso, muito bem, já viu como consegue!” GVP11; NC94

### **Exemplos de Inculcar Autoestima**

“... As forças já não são quê? ... Então não tem força, tem muita coisa para dar ainda!” GVP19; NC71

“Uma mulher..., que já foi operada..., não é verdade? (Nunca fui operada senão para pôr a pilha...) E então, olhe que isso é uma operação que é preciso ter muita coragem...! (É preciso é calma!) ...” GVP22; NC78

## **Lidar com as Emoções**

Lidar com as emoções e sentimentos, quer das utentes ou das próprias enfermeiras, foi uma das subcategorias encontradas neste estudo com uma intensidade assinalável (98 unidades de registo).

Constatámos que esta estratégia pressupõe identificar ou reconhecer as emoções das utentes, uma intervenção em conformidade por parte das enfermeiras, requerendo frequentes vezes um autocontrolo emocional.

Nesta subcategoria foram incluídas as unidades de registo de observações ou verbalizações reveladoras do modo como as enfermeiras agiam perante as emoções das utentes ou em relação às suas próprias emoções, e que foram codificadas em “reconhecer emoções”, “lidar com as emoções das utentes” e “controlar as suas emoções”.

São pois exemplos de transcrições de passagens inerentes a estas três estratégias que passamos a referir.

### **Reconhecer Emoções**

O reconhecimento de emoções, quer nas utentes, quer nas pessoas suas significativas constituiu igualmente uma das preocupações identificadas neste estudo, tendo sido 44 as unidades de registo desta subcategoria.

Nela, foram codificadas as “passagens” referentes a observações ou verbalizações que evidenciassem a identificação, implícita ou explícita, de emoções ou sentimentos das utentes, por parte das participantes.

“... verifica que uma outra utente, idosa, está um pouco calada e triste.” NC42

“... E está preocupada com isso? ... Não queria que eu tivesse dito, era?” GVP8;  
NC73

“É que ela (a utente) tem uma angústia muito grande de não estar em casa...!”  
GVP14; NC74

“(...) tem medo de ficar só?! (tenho...) Mas tem mais medo à noite ou durante o dia? (...)” GVP21; NC83

“Ela fica mais calma ao tocar nela! ..” GVP26; NC96

“... pensei que não..., que era por causa disso. Que ela estava assim triste. E quando ela está assim, às vezes fica um bocado queixosa. E começa a dizer que lhe dói aqui ou dói-lhe ali ou não sei quê, para chamar um bocado à atenção, para a gente ficar assim mais, mais junto dela.” ENT26; NC96

## **Lidar com as Emoções da Utente**

Como referimos, esta estratégia pressupõe identificar ou reconhecer as emoções das utentes e agir em conformidade, requerendo controlo emocional da enfermeira. Algumas unidades de registo da estratégia “lidar com as emoções das utentes” foram, por isso, subcodificadas noutras das anteriormente referidas (tranquilizar, informar, explicar, reforçar a autoconfiança, questionar, etc.).

Foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações que sugerissem, explícita ou implicitamente, acções de enfermagem inerentes às emoções ou sentimentos das utentes, identificados pelas participantes.

Constituem exemplos de unidades de registo codificadas nesta subcategoria:

“... verifica que uma utente estava a chorar por ter assistido à queda da utente e fica junto dela a acalmá-la e a confortá-la, explicando-lhe o que se passara e que nada de maior acontecera.” NC10

“Identifica imediatamente o seu estado emocional, .... Conversa com a utente, demonstra empatia e compaixão, comunica os valores observados, observa a ferida e diz-lhe que regressará posteriormente para lhe fazer o penso.” NC60

“... dirige-se a uma outra utente, comenta comigo que a utente está mais triste, pergunte-lhe porquê, refere que é porque habitualmente quando entra na enfermaria a utente ri, e aponta para os olhos ligeiramente aguados da utente, toca na utente, abraça-a, a utente entretanto está a chorar, tenta apoiá-la, interage com ela, explica o que vai fazer, ...” NC67

“Porque é que está a chorar, porquê?! O que é que está pensando...? Olhe para mim, sr<sup>a</sup> X, diga... (a utente continua a chorar) Vou deixar um bocadinho para ficar mais calma, depois eu venho conversar consigo...? Pode ser? (a utente continua a chorar. A enfermeira X senta-se junto desta e tocando-a...) Olhe, a dor de cabeça já passou? Não! Ainda não...? Mas..., o remédio também fez agora há pouco, daqui a



pedacinho já venho perguntar se já lhe passou, está bem? ... porque é que está triste, diga-me...?!” GVP3; NC73

“Ah, é mais a preocupação de ficar sozinha! Mas olhe, tem sempre pessoas aqui a trabalhar...! (...) Não, mas pode tocar, tem aqui a campainha..., se quiser, pode tocar a campainha, pode chamar..., pelo nome das pessoas..., se precisar de alguma coisa...” GVP21; NC83

“Uma outra colega está a segurar a mão de uma utente que necessita apoio emocional especial, numa atitude cuidativa muito próxima da utente.” NC89

## **Controlar as Suas Emoções**

No presente estudo verificámos que, por vezes, as participantes denotavam um esforço para se autocontrolarem do ponto de vista emocional, sobretudo em situações de maior complexidade, tempo de contacto, envolvimento e intimidade com as utentes.

Constatámos ser esta uma atitude relativamente frequente, embora nem sempre documentada, pois, de início, em tais situações de maior gravidade não procedíamos à observação para não correremos o risco de prejudicar as utentes.

Consideramos a subcategoria “controlar as suas emoções”, sempre que em presença de registos de verbalizações ou observações que evidenciavam o domínio emocional das enfermeiras em ambientes ou situações de cuidados de algum modo stressantes ou emocionantes ou até mesmo em relação ao seu estado emocional em outros momentos.

Vejamos os seguintes exemplos de unidades de registo codificadas nesta subcategoria.

“Apesar de estarem muito ocupadas, as colegas mantêm uma atitude muita serena com as utentes e lá vão fazendo o seu trabalho sem praticamente poderem descansar.” NC3

“CO: Verifico que a utente está muito dispneica, aflita, com algum desconforto, mas as colegas mantêm uma atitude serena e calma e vão actuando paulatinamente, sem se precipitarem.” NC19

“Apesar de se encontrar numa situação de bastante sofrimento, de estar a chorar, não deixava de prestar atenção a uma utente idosa, um pouco confusa, que nunca a deixava, e a interrompia frequentemente sempre que pressentia que a colega não lhe dava atenção, apesar do contacto físico que tinham. A colega estava abraçada à utente e mantinha uma atitude sempre calma e carinhosa para com esta utente.

Observei nalgumas enfermeiras esta intimidade e atitude para com as utentes idosas.” NC25

“Noto que a enfermeira X está muito cansada. Não obstante, consegue atender quer os utentes, quer os familiares de uma forma calma e relativamente serena.” NC31

“... observo de perto a enfermeira X que acaba de cuidar de uma utente que se asfixiara com o medicamento, agindo rapidamente e em conformidade, com tranquilidade e simpatia, só deixando a utente quando a situação estava completamente controlada.” NC89

Como vimos, neste capítulo, temos vindo a descrever as diferentes estratégias cognitivas inerentes a cada uma das componentes do modelo de decisão clínica de enfermagem identificado através do presente estudo.

Seguidamente procederemos à caracterização dos padrões de decisão clínica nele encontrados.

### **3.1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS PADRÕES DO PROCESSO DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

Uma das nossas preocupações desde o início do trabalho de campo foi a recolha de dados que nos permitisse a identificação de padrões de processos diferenciais de decisão clínica de enfermagem.

Por isso, logo nas etapas preliminares da análise de dados estabelecemos um código para as unidades de registo que se referissem à descrição do padrão de cuidados geral, isto é, cuja informação não se referia a qualquer das participantes em especial, e outro para o padrão de cuidados individual, cujas descrições se referiam a uma determinada participante. A manutenção destes códigos ao longo das diferentes etapas da análise e redução de dados permitiu-nos, posteriormente, identificar e caracterizar dois padrões de decisão clínica diferenciais: O padrão A e o padrão B.

As características mais significativas do processo de decisão clínica de enfermagem do **padrão A** apresentam-se de seguida.

O cuidado é meticoloso, individual, íntimo, exercido de forma metódica, sistemática, rigorosa, com precaução, perseverança, atenção, dedicação, disponibilidade, solicitude, destreza, com respeito e interesse pelas utentes, dirigido ao seu global embora focalizado quando necessário, tendo por base um conhecimento aprofundado destas.

É conseguido pela relação de proximidade com as utentes, a recolha sistemática de informação, a reflexão durante e após a acção, a atitude simpática, carinhosa, a relação de ajuda, a escuta activa, o toque, a empatia, a serenidade, a meiguice, a discrição, a avaliação permanente da evolução da situação, o incentivo e a estimulação da utente, a informação, o ensino, a gestão das emoções, a parcimónia, a sobriedade, o juízo clínico, a priorização na resolução de problemas, num contínuo interactivo de identificação e intervenção imediata e efectiva, entre outros.

Como características mais significativas do processo de prestação de cuidados do **padrão B** obtivemos os seguintes:

Um cuidado por vezes do tipo funcional, centrado na tarefa, exercido de forma superficial, distante, com inatenção, dispersão e desvalorização da pessoa na sua globalidade, reducionista, por vezes com directividade, desorganizado, sem respeito pela vontade da utente, num relacionamento funcional, uma maior interacção com as colegas em detrimento das utentes, uma atitude reservada, pouco comunicativa e um conhecimento superficial das utentes, entre outros.

Uma vez obtidos estes elementos de diferenciação dos padrões de processo de prestação de cuidados ou de decisão clínica, procedemos à revisão da análise dos dados no sentido de incluirmos estes novos códigos (padrão A e B) nos registos, inicialmente codificados em padrão geral ou individual de cuidados. Efectuámos igualmente a revisão de outras categorias no sentido de identificarmos unidades de registo passíveis de serem incluídas num destes dois tipos de padrões.

Entretanto, à medida que prosseguíamos na análise de dados, verificávamos que dificilmente conseguiríamos encontrar alguma participante com apenas características

inerentes ao padrão B, mas antes, uma por vezes predominância de traços do padrão A com a emergência de algumas características de B.

Esta nossa percepção, que acontecia desde as etapas iniciais da observação, foi por nós comprovada, após termos concluído o trabalho de campo, quando ensaiamos a extracção de dados destes padrões, pelo código inerente a cada participante.

Igualmente, no decurso do nosso trabalho de campo parecia-nos não se verificarem grandes diferenças entres as participantes no que se refere ao tipo de estratégias cognitivas, caso não atendêssemos ao contexto, intensidade, oportunidade e resultados propriamente ditos da sua utilização, aspectos estes que, uma vez reportando-se sobretudo ao produto e à qualidade do processo cognitivo, estavam assim, por um lado, fora do propósito deste estudo e, por outro, desajustados dos métodos de colheita de dados utilizados.

Além disso, da análise do conteúdo dos registos em geral, constatámos ser muito pouco viável estabelecer padrões do processo de decisão clínica de enfermagem com base na diversidade ou intensidade das estratégias (categorias), porque a quantidade de registos e a multiplicidade de situações e contextos em que foram captados influenciaram, com certeza, as diferentes estratégias encontradas em cada uma das participantes.

Aliás, ao explorarmos preliminarmente os dados, verificámos que algumas participantes manifestamente possuidoras de características do grupo A, por este processo, eram susceptíveis de ficar incluídas no grupo B porque não foram observadas durante tanto tempo, e em situações de maior exigência ou dificuldade, quanto outras.

Daí que tivéssemos decidido considerar apenas os registos codificados em padrão individual de cuidados e os outros registos passíveis de serem atribuídos a uma das participantes, recodificando-os em padrão A ou B, tendo por base a presença de características de cada grupo, anteriormente referidas.

Ainda assim, verificámos que todas as participantes apresentavam características do padrão A, embora em intensidade variável.

Decidimos então incluir no grupo ou padrão A apenas as participantes que não apresentassem registos de características do padrão B. E neste, aquelas que, não

obstante a presença de registos de características de A, tivessem duas ou mais unidades de registo de características do padrão B.

Para além do conhecimento de cada participante obtido ao longo do trabalho de campo, o qual coincidia com os dados obtidos, procedemos à validação, de forma anónima, da inclusão das participantes em cada padrão, recorrendo à opinião de um juiz com perícia neste domínio.

Esta validação teve por base a análise de todos os registos recodificados em “Padrão de Cuidados”, A ou B (A: 293; B: 118; Total: 411 unidades de registo), uma vez na posse deste juiz dos elementos característicos de cada padrão e dos respectivos registos individuais que os fundamentaram, bem como dos critérios de inclusão em cada um dos grupos.

Obtivemos a concordância em todos os casos, excepto dois, em relação aos quais facilmente chegámos a acordo, ao retermos em conjunto os registos.

Assim, 14 das participantes foram incluídas no Padrão A, ou seja com apenas registos de características de A, e 13 no Padrão B, isto é, participantes que, embora apresentando características de A, possuíam algumas características de B (pelo menos duas).

Para melhor ilustração destes padrões consideremos alguns exemplos de unidades de registo codificadas em **padrão A**:

“Todavia, do observado constatei a preocupação da colega em cumprimentar a utente e os familiares, o dirigir-se à utente pelo seu nome, o dizer-lhe o que ia fazer e o solicitar mais informação à família e efectuar algum ensino no sentido da continuidade dos cuidados após a alta. A atitude, como habitualmente nesta colega, era muito simpática, próxima das utentes e familiares, de suavidade e empatia na comunicação, tranquilidade, escuta e de ausência de pressas. Preocupou-se com o ensino à utente e à família.” NC30

“Acompanhei a enfermeira X que estava a dar a alimentação a uma utente bastante idosa. A relação é muito próxima, apesar de estar com rinite e com alguma febre. Conhecia a utente, tratava-a pelo seu nome, era cautelosa, sabia exactamente porque é que a utente estava com sonda (porque não ingeria líquidos) e, apesar de estar com sonda, dava os alimentos pela boca, com muita habilidade.

Acompanho o mesmo cuidado noutra utente, demonstra a mesma atenção. Entretanto ao passar no corredor há uma utente que a chama para verificar o soro. Inspecciona o local de punção, verifica que não existe algo de especial e numa atitude simpática, explica à utente e tranquiliza-a.” NC42

“Entretanto verifica que o soro está a acabar, pede licença para se ausentar, muda o soro, continua a interagir com a utente, efectua perguntas acerca dos outros membros da família da utente, numa tranquilidade muito grande, numa atitude de ajuda, de empatia, de escuta activa, e de simpatia.” NC79

“Continua com uma atitude simpática, cuidadosa, informa a utente daquilo que irá fazer, tranquiliza a utente, abre as ligaduras, observa cuidadosamente as feridas, compara com a situação anterior, formula um juízo e verbaliza-o à utente, dizendo-lhe que está melhor, facto que a utente concorda.” NC60

“Junto das utentes demonstra simpatia, carinho, atenção, individualidade e alguma disponibilidade para o cuidado, bem como conhecimento destas. Por exemplo, numa utente em estado terminal por neoplasia, com bastante sofrimento, conhecia os pormenores, conversa com ela, observa-a, dá-lhe um pequeno jeito. O mesmo efectua relativamente a outras utentes.” NC62

“Mantém-se a constatação de que durante estes procedimentos considerados de rotina, as colegas vão identificando novos problemas à medida que surgem. Por exemplo, a dada altura verifico a enfermeira Y a observar as mãos de uma das utentes e depois o fâcies, pergunto o que está a fazer e responde-me que está a certificar-se se a utente tem cianose das extremidades, porque lhe parecera, a estimulá-la, porque segundo também referiu, parecia-lhe que a utente estava mais sonolenta. O mesmo se verifica em relação ao estado da pele, ao discurso das utentes, ao nível de consciência e de colaboração. A todas tem uma palavra a dizer de acordo com o nível de colaboração.” NC64

“Dirige-se às utentes pelo nome, num cuidado individualizado como é seu hábito, toca nas utentes, apercebe-se da sua situação emocional, interage com a família, está atenta ao global, é muito suave nos cuidados, tom de voz calmo, conhece as suas utentes, escuta-as com interesse e atenção, executa as acções muito calmamente. Dirige-se depois a uma utente que estava com os familiares, interpreta os resultados, explica-os à família, esta efectua perguntas acerca do valor elevado por não ser diabética, diz-lhe que será talvez devido à medicação (corticosteroides)...” NC67

“É um contínuo de observação, relacionar informação, interpretar, concluir e agir em conformidade e imediatamente, com envolvimento emocional forte, conhecimento da utente, servindo este para comparação permanente com o evoluir da situação, o cuidado com o conforto da utente, o evitar complicações ou agravamento do estado e uma preocupação com o todo da utente.” NC75

“Estava junto a uma das suas utentes a avaliar a tensão arterial com “dinamap”, numa atitude semelhante àquela que lhe é habitual, meiga, calma, serena, próxima da utente, atenta a diferentes aspectos, solícita, empática e simpática. Ao longo do turno tive a oportunidade de observar uma estabilidade desta atitude em diferentes situações de cuidados a utentes ou familiares (informações, posicionamentos, terapêutica, etc.)” NC79

“Apesar de estar com rinite e do muito trabalho que tem para fazer, destaca-se pelo cuidado pormenorizado, carinhoso, meticoloso, rigoroso, atento, calmo, o tom de voz próximo, seguro, íntimo, enfim, tudo (exemplo da utente com muitas secreções e dificuldade de posicionamento, o pormenor do cuidado ao ombro, mesmo do meu lado).” NC84

“O cuidado da Enfermeira X confirma-se relativamente ao anteriormente verificado, personalizado, pormenorizado, disponível, simpático, empático, solícito,

decidido, de validação permanente com as utentes, cuidadoso, etc., intervindo à medida que vai fazendo, com muita sensibilidade para com as utentes, de facto, um nível elevado de decisão.” NC94

### E algumas unidades de registo codificadas em **padrão B** :

“É um cuidado mais centrado na necessidade de administrar a terapêutica do que na reacção da utente. De qualquer modo, a certa altura ainda diz que irá deixar a utente descansar e voltar a picar a utente mais tarde.” NC39

“Observo a enfermeira X que tinha acabado de colocar um soro numa utente que eu conhecia do serviço X e que acabara de chegar e de lhe ser atribuída.

Tem dificuldade em compreender as palavras da utente, trata-a pelo nome, mas o contacto é aparentemente um pouco do tipo “seco, superficial”.

Efectua perguntas acerca da sua casa e da sua história recente, chamou-lhe à atenção alguns pormenores do modo e do local onde vive, mas não explorou de modo sistemático mais informação.” NC41

“Ao ver-me, verbaliza que a utente podia fazer os exercícios, porque a vira fazer com a especialista e que os teria de fazer, porque se o não conseguia, era porque não queria. A utente está um pouco chorosa e pouco colaborante. Logo que me vê quer falar-me. A enfermeira X continua a insistir com a utente, em tom um pouco directivo e em voz alta.

É uma atitude diferente da que observara em momentos anteriores com outras utentes, mas muito semelhante ao que presenciara com aquela utente que ... ” NC42

“Chama a utente pelo seu nome, mas a sua atitude parece ser um pouco mais distante, menos empática e emotiva. Segue também uma certa rotina, no entanto, conhece muito bem a utente, vai observando e agindo em conformidade.

Ao concluir o banho acamado, inicia a realização dos pensos às muitas e graves úlceras por pressão que a utente apresenta. Observa as feridas, tece alguns comentários acerca do seu aspecto, e gravidade, aplica os produtos, verbalizando alto a sua finalidade, por exemplo, soluto Dakin, para desinfectar e destacar, soro fisiológico para lavar, etc.

Conhece a história da utente, porque ali se encontra, e ao seu cuidado, há já algum tempo, mas o cuidado é um pouco mais do tipo funcional, embora seguindo o contínuo observação, decisão, acção.” NC43

“A atitude é simpática, de algum modo atenta, sorridente, embora mantenha o seu estilo reservado, pouco expressiva na linguagem verbal e não verbal.” NC75

“A enfermeira X está a prestar os últimos cuidados, embora neste momento com ênfase na parte física do posicionamento. Não interage muito com a utente, o mesmo se verificando em relação à colega e auxiliares de acção médica presentes; o cuidado parece mais do tipo funcional, como por vezes verificado nestes contextos de prestação de cuidados em conjunto.” NC75

“Observo também a enfermeira X que está a transferir uma utente com “Alta Problemática”. A sua atitude é de simpatia e humor, mas numa atitude um pouco “de cima para baixo”. A utente não leva a mal, mas refere que a “sra. en<sup>ra</sup> pode brigar comigo todo o dia que vou gostar sempre de si”. É uma atitude que, por vezes, observei nesta colega, embora apenas em algumas situações e utentes.” NC86

“(ao fundo, ao aproximar-se de uma utente) O que é que está fazendo aí...?! Ham? ... (...) Deixe limpar a boca...! Está mal disposta? Ham? (...) Está? (...) Tem o quê? (...) Febre? (...) Cá nada! Não tem febre...! (Não compreendeu a resposta da utente) ... Deixe pôr o cobertor nos pés! ... Deixe ver, levante os pés! ... Está bem, assim, agora? (...) Está bem!” GVP10; NC88

“Numa enfermaria, ao me despedir da enfermeira X, esta, apesar de muito simpática para comigo, está a administrar medicação a uma utente inconsciente, em estado terminal, dando pouca atenção ao seu global, num cuidado mais do tipo funcional, como de resto já observara anteriormente. Na utente ao lado, mais consciente, dirige-se à utente pelo nome e informa o que vai fazer, mas o aspecto funcional salienta-se uma vez mais.” NC94

Nos subcapítulos anteriores, procurámos apresentar os dados obtidos durante o trabalho de campo através da observação, de entrevistas e de verbalização do pensamento das participantes, os quais nos possibilitaram a descrição dos contextos, do modelo de decisão clínica de enfermagem e efectuar a caracterização dos padrões de decisão clínica de enfermagem, variável dependente neste estudo.

Seguidamente, procederemos à apresentação dos dados colhidos através dos três instrumentos para avaliação das habilidades cognitivas e os respectivos padrões.

### **3.2. DADOS COLHIDOS ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DOS TESTES DE HABILIDADES COGNITIVAS**

Como vimos, nos subcapítulos anteriores apresentámos os dados obtidos através do trabalho de campo, designadamente os resultados da observação, das entrevistas e das gravações da verbalização concorrente do pensamento das participantes.

Nos seguintes, iremos apresentar os resultados que obtivemos através da aplicação dos instrumentos para a avaliação das habilidades cognitivas de pensamento crítico, (Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal - WGCTA), pensamento criativo (Torrance test - pensando criativamente, versão A, forma verbal, traduzido e aferido para Portugal por Oliveira, 1992), e inteligência emocional (Multifactor Emotional Intelligence Scale - MEIS).



### 3.2.1. WATSON-GLASER CRITICAL THINKING APPRAISAL (WGCTA)

O estudo da capacidade de pensamento crítico das participantes foi efectuado, como referimos no capítulo referente à metodologia, através do instrumento Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal, Forma A, de Watson-Glaser (1980). A sua aplicação procura estabelecer uma estimativa individual dos *scores* obtidos num conjunto de habilidades inerentes àquele pensamento, através dos cinco subtestes que se seguem:

Teste 1. *Inferência*, isto é, discriminar entre graus de verdade ou falsidade de inferências, obtidas a partir dos dados apresentados.

Teste 2. *Identificação de Pressupostos*, o qual permite reconhecer assunções não declaradas ou pressuposições nos enunciados ou afirmações fornecidas.

Teste 3. *Dedução*, ou seja, determinar se certas conclusões resultam necessariamente da informação nos enunciados ou premissas dadas.

Teste 4. *Interpretação*, o qual visa ponderar a evidência e decidir se as generalizações ou conclusões baseadas nos factos dados estão garantidas.

Teste 5. *Avaliação de Argumentos*, no que concerne a distinguir entre argumentos que são fortes e relevantes e os que são fracos ou irrelevantes para uma questão particular ou assunto em questão.

Trata-se de um instrumento composto por 80 itens, correspondendo cada um deles a um ponto (pontuação máxima = 80), sendo cada teste constituído por 16 itens (pontuação máxima = 16). O tempo mínimo previsto para a sua realização é de 40 minutos, não havendo no entanto um tempo limite para o efeito (Watson-Glaser, 1980).

Neste estudo as participantes necessitaram de 45 a 68 minutos para a sua realização, sendo o tempo médio de 56.30, a moda de 55 e o desvio padrão de 6.09 minutos.

Os dados que a seguir apresentamos correspondem aos resultados obtidos pela totalidade das participantes neste estudo, cujas respostas foram todas assinaladas.

Salientamos, no entanto, que a comparação com os valores da norma deverá ser considerada com alguma reserva neste estudo, dada a reduzida dimensão da amostra e dado que, sendo o nosso propósito a comparação entre dois grupos da mesma população, não efectuámos a aferição nem a validação do teste para a população portuguesa. Como referido no capítulo anterior, apenas realizámos a tradução, a adaptação e a validação deste para a língua portuguesa, não resultando, por isso, qualquer norma para Portugal.

Todavia, a exploração da consistência interna do instrumento revelou-nos valores de alfa do Cronbach de 0.56 e do alfa normalizado de 0.57 para a sua globalidade, valores estes que nos permitem, com alguma segurança, considerar a fiabilidade do instrumento tendo em consideração os objectivos deste estudo.

Como podemos verificar analisando o quadro nº2, constatámos uma considerável amplitude de variação nas subescalas “Inferência” (12) e “Interpretação” (10) e no Global do instrumento (23). O mesmo não se verificou relativamente às medidas de tendência central e à dispersão, nas quais se verificaram valores relativamente aproximados das médias, medianas, modas e desvios-padrão, na quase totalidade dos testes e na globalidade do instrumento.

No entanto, verificámos que as participantes apresentaram em média valores superiores a 50% da pontuação máxima possível para cada uma das componentes e no global, com excepção da subescala “Inferência”, na qual se obtiveram valores inferiores, quer a nível individual, quer do grupo.

Quadro 2: Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos *scores* obtidos pelas 27 participantes nas cinco escalas do teste WGCTA e na sua globalidade

Variável Estatística	Inferência	Ident. de Pressupostos	Dedução	Interpreta- ção	Aval. de Argumentos	Global
máximo	12	15	13	14	15	59
mínimo	0	8	6	4	7	36
amplitude	12	7	7	10	8	23
média	5.96	11.44	9.85	9.30	9.93	46.48
mediana	6.00	12.00	10.00	9.00	10.00	46.00
moda	5	12	11	9	8	43
desv. padrão	2.55	1.87	2.14	2.11	1.86	5.96

Comparados os valores totais obtidos com os constantes das normas do teste para o grupo de estudantes de enfermagem de igual nível académico (Watson & Glaser, 1980) ao das participantes (bacharelato), verificámos que estes se encontram cerca de 10 pontos abaixo da média preconizada (56.00; 56.04 e 59.08) consoante a região do país (Sul, Norte e Centro dos EUA), sendo no entanto o desvio padrão verificado neste estudo (5.96) inferior ao das referidas normas (7.3; 9.1 e 7.5; respectivamente).

O grupo de 30 professores, alunos do curso de complemento de formação para aquisição de grau de licenciatura, que efectuou o pré-teste deste instrumento apresentou valores semelhantes, embora ligeiramente superiores. A “Inferência” foi a subescala com menor pontuação média e, relativamente aos valores totais, verificámos que a amplitude de variação foi 22 (23 no grupo de enfermeiras, participantes neste estudo); a média 50.45 (46.48); a moda 45 (43) e o desvio-padrão 6.10 (5.96).

Estes valores devem contudo ser considerados com a reserva inerente ao facto de terem sido obtidos em contexto de pré-teste do instrumento.

Quanto aos valores das medidas estatísticas, anteriormente referidas, obtidos por cada grupo e subteste, optámos por apresentá-los nos dois quadros contíguos que se seguem, sendo o quadro nº3 referente aos resultados do grupo A e o quadro nº4 referente aos do grupo B.

Quadro 3: Medidas estatísticas de tendência central e dispersão referentes aos *scores* obtidos pelas 14 participantes do **Grupo A** nas cinco escalas do teste WGCTA e na sua globalidade

Variável Estatística	Inferência	Identif. de Pressupostos	Dedução	Interpretação	Aval. de Argumentos	Global
somatório	73	162	127	132	133	627
máximo	9	14	13	12	15	56
mínimo	0	8	6	7	7	36
amplitude	9	6	7	5	8	20
média	5.21	11.57	9.07	9.43	9.50	44.79
mediana	5.00	12.00	9.00	9.50	9.00	44.50
moda	5	11	8	9	8	43
desv. padrão	2.33	1.87	2.09	1.34	2.07	4.92

Quadro 4: Medidas estatísticas de tendência central e dispersão referentes aos *scores* obtidos pelas 13 participantes do **Grupo B** nas cinco escalas do teste WGCTA e na sua globalidade

Variável Estatística	Inferência	Identif. de Pressupostos	Dedução	Interpretação	Aval. de Argumentos	Global
somatório	88	147	139	119	135	628
máximo	12	15	13	14	13	59
mínimo	3	8	6	4	8	39
amplitude	9	7	7	10	5	20
média	6.77	11.31	10.69	9.15	10.38	48.31
mediana	6.00	12.00	11.00	9.00	10.00	48.00
moda	5	12	11	7	10	40
desv. padrão	2.62	1.93	1.93	2.76	1.56	6.63

Da análise destes dois quadros, podemos verificar que as participantes do grupo B obtiveram na globalidade e nas sub-escalas “Inferência”, “Dedução” e “Avaliação de Argumentos”, maiores pontuações e respectivos valores médios do que as incluídas no grupo A.

No entanto, nas componentes “Identificação de Pressupostos” e “Interpretação” verificou-se o contrário.

No que se refere à amplitude de variação e na globalidade do teste, constatámos um valor igual em ambos os grupos (20), não obstante o desvio padrão ter-se verificado superior no grupo B (4.92 no grupo A e 6.63 no grupo B).

Calculado o intervalo de confiança das médias obtidas pelas participantes na globalidade, e para cada um dos grupos referentes a “padrões diferenciais”, como podemos observar através do quadro nº5, a um nível de confiança de 95%, o valor da média da verdadeira população situa-se entre 44.12 e 48.84, para os valores globais; 41.95 e 47.62, para o grupo de participantes incluídos no padrão A (grupo A); 44.0 e 52.31 para os do grupo B.

Verificamos, por isso, um intervalo de confiança superior no grupo B, cujo limite inferior se situa apenas em 2.18 do valor da média global do teste.

Quadro 5: Intervalo de confiança de 95% da média para os *scores* totais gerais e por grupo

Estatística	Grupo		
	Grupo A	Grupo B	Global
Média	44.79	48.31	46.48
Limite Inferior do Intervalo	41.95	44.30	44.12
Limite Superior do Intervalo	47.62	52.31	48.84

As diferenças observadas entre as médias de ambos os grupos verificaram-se estatisticamente significativas, pela aplicação do teste t de Student, no que se refere à

“Dedução” ( $t = -2.087$ ;  $gl = 25$ ;  $p = 0.047$ ,  $<0.05$ ), ao contrário das restantes subescalas do teste WGCTA.

No que se refere à globalidade do teste, as diferenças entre os grupos A e B não se mostraram igualmente estatisticamente significativas, a um nível de significância de 5% ( $t = -1.58$ ;  $gl = 25$ ;  $p = 0.127$ ,  $> 0.05$ ).

No sentido de explorar a possível existência de correlação entre as cinco subescalas do teste, calculámos o coeficiente de correlação para variáveis contínuas -  $r$  de Pearson (quadro nº6).

Quadro 6: Valores de  $r$  de Pearson obtidos pela correlação de cada uma das subescalas do teste WGCTA

Sub Escalas Sub Esc. e V. p	Inferência	Identific. Pressup.	Dedução	Interpreta- ção.	Aval. Argumentos
Inferência.	-	<b>0.351</b>	0.175	<b>0.288</b>	0.064
Valor de p	-	0.073	0.383	0.145	0.750
Identif Pressup		-	0.046	0.434	- 0.023
Valor de p		-	0.820	0.024	0.908
Dedução			-	- 0.024	0.432
Valor de p			-	0.906	0.025
Interpretação				-	<b>- 0.347</b>
Valor de p				-	0.076
Aval. Argum.					-
Valor de p					-

Analisando o quadro nº6, podemos verificar a existência de algumas correlações positivas fracas, embora não estatisticamente significativas, designadamente entre os *scores* obtidos pelas participantes nas subescalas “Inferência” e “Identificação de Pressupostos” ( $r=0.351$ ;  $p=0.073$ ) e “Inferência” e “Interpretação” ( $r=0.288$ ;  $p=0.145$ ); encontra-se uma correlação negativa, igualmente fraca, entre “Interpretação” e “Avaliação de Argumentos” ( $r = - 0.347$ ;  $p=0.076$ ).

Todavia, observamos duas correlações positivas moderadas estatisticamente significativas a um nível de confiança de 95%, entre as subescalas “Identificação de Pressupostos” e “Interpretação” ( $r=0.434$ ;  $p=0.024$ ), e “Dedução” e “Avaliação de Argumentos” ( $r=0.432$ ;  $p=0.025$ ).

Em síntese, as participantes neste estudo obtiveram no teste para avaliação da habilidade de pensamento crítico (WGCTA), de Watson-Glaser (1980) por nós traduzido, uma pontuação ligeiramente inferior aos valores constantes das normas para este teste na sua versão original, o mesmo se tendo verificado no grupo que efectuou o pré-teste.

Quando agrupadas as participantes nos dois padrões de decisão clínica de enfermagem, A e B, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para a subescala “Dedução” ( $t = -2.087$ ;  $gl = 25$ ;  $p = 0.047$ ,  $<0.05$ ), ao contrário da globalidade do teste e restantes subescalas. Uma maior pontuação média na Globalidade e nas subescalas “Inferência”, “Dedução” e “Avaliação de Argumentos” foi constatada no Grupo B. Nas subescalas “Identificação de Pressupostos” e “Interpretação” foram as participantes do Grupo A que obtiveram uma média ligeiramente superior.

Foram observadas correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas a um nível de confiança de 95% entre as subescalas “Identificação de Pressupostos” e “Interpretação” ( $r=0.434$ ;  $p=0.024$ ), e “Dedução” e “Avaliação de Argumentos” ( $r=0.432$ ;  $p=0.025$ ).

Estes resultados, embora não generalizáveis, colocam de algum modo algumas questões acerca da relação entre a habilidade de pensamento crítico e o processo de decisão nos cuidados de enfermagem, as quais serão alvo de análise no capítulo sobre a discussão dos resultados.

### 3.2.2. TORRANCE TEST - PENSANDO CRIATIVAMENTE, VERSÃO A - FORMA VERBAL

Como referimos anteriormente, a avaliação do Pensamento Criativo das participantes foi efectuada através da aplicação do teste “Pensando Criativamente, Versão A - Forma Verbal”, traduzido e aferido para Portugal por Oliveira (1992).

De acordo com a autora, o Pensamento Criativo, avaliado por este instrumento, comporta três variáveis, as quais poderão ser estudadas para cada actividade proposta, separadamente ou na sua globalidade, e que são: a Fluência, a Flexibilidade e a Originalidade.

Para cada uma destas componentes, o instrumento dispõe de escalas para serem aplicadas às sete actividades que o compõem. Torna-se, por isso, possível determinar os *scores* relativos a cada uma daquelas variáveis, por actividade ou conjunto de actividades, com excepção da número seis, “Faça perguntas não usuais”. Para esta, a autora recomenda que não se proceda à cotação da flexibilidade, devido a problemas detectados durante o estudo das características psicométricas, que poderão comprometer a validade do instrumento.

Os resultados que se seguem reportam-se, pois, aos *scores* obtidos por todas as participantes neste estudo, em qualquer destas actividades e respectivas variáveis (exceptuando a actividade nº6), e serão apresentados, em primeiro lugar, relativamente à totalidade das participantes e, posteriormente, organizados em cada grupo ou padrão de decisão: A e B.

Assim, como podemos verificar analisando o quadro nº7, embora se constate uma considerável amplitude de variação em todas as variáveis, o mesmo não se verifica no que se refere às medidas de tendência central, as quais revelam valores aproximados das médias, medianas e modas.



Quadro 7: Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes às variáveis fluência, flexibilidade e originalidade, e à globalidade do teste de Torrance

Variável Estatística	Fluência	Flexibilidade	Originalidade	Global
somatório	1400	682	776	2858
máximo	84	45	56	174
mínimo	23	12	5	41
amplitude	61	33	51	133
média	51.85	25.26	28.74	105.85
mediana	52	25	26	100
moda	58	25	26	113
desvio-padrão	16.96	8.02	11.96	34.13

Quando analisados estes valores para cada grupo e variável, verificámos uma maior amplitude de variação no grupo B, o mesmo se verificando relativamente aos valores das medidas de tendência central e dispersão, com excepção da mediana na componente Originalidade, sendo a diferença de 0.5 favorável ao Grupo A, como se vê no quadro nº8.

Quadro 8: Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes às variáveis fluência, flexibilidade e originalidade, por grupo de participantes

Variável Estatística	Fluência		Flexibilidade		Originalidade	
	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B
somatório	692	708	330	352	388	388
máximo	78	84	36	45	45	56
mínimo	27	23	12	13	11	5
amplitude	51	61	24	32	34	51
média	49.43	54.46	23.57	27.08	27.71	29.85
mediana	44.50	52	24	25	26.50	26
moda	-	52	19	25	26	36
desv. padrão	16.81	17.40	6.85	9.04	9.55	14.44

Seguidamente passaremos a apresentar os valores médios (M) e o desvio padrão (DP) obtidos em cada variável por actividade e respectiva pontuação total das escalas, mencionando igualmente os valores (de referência) das respectivas normas, obtidos por Oliveira (1992).

As siglas FLU, FLEX e OR, correspondem às iniciais das variáveis Fluência, Flexibilidade e Originalidade, respectivamente, e o respectivo carácter numérico corresponde ao número de cada uma das sete actividades do teste, sendo este substituído pela letra (T) quando se reporta ao *score* total da escala de medida da variável.

Salientamos a **negrito** os valores encontrados que sejam superiores aos de Oliveira (1992).

Como podemos verificar, analisando o quadro nº9, as participantes obtiveram valores médios superiores aos encontrados por Oliveira (1992) na globalidade e nas

actividades número 1, 3, 4, 5 e 7, e um desvio padrão inferior em todas as actividades, excepto na 5 e 7. O valor médio foi superior na globalidade desta escala, o mesmo não se verificando em relação ao desvio padrão.

Quadro 9: Valores da média e desvio-padrão da variável fluência, e respectivos valores de referência (Oliveira, 1992)

<b>Fluência</b>	Participantes	Participantes	Norma	Norma
	M	DP	M	DP
FU1	<b>8.52</b>	3.68	7.10	4.02
FU2	5.93	2.56	6.49	3.09
FU3	<b>7.63</b>	3.97	6.98	4.02
FU4	<b>10.74</b>	4.06	10.53	5.16
FU5	<b>9.48</b>	<b>4.18</b>	6.51	3.66
FU6	4.15	2.18	5.76	3.19
FU7	<b>5.41</b>	<b>2.37</b>	4.81	1.87
<b>FUT</b>	<b>51.85</b>	16.96	48.18	18.57

Pela análise do quadro nº10, podemos concluir que as participantes obtiveram valores médios inferiores aos encontrados por Oliveira (1992) na globalidade e nas actividades números 1, 2, 3 e 7, e um desvio padrão inferior em todas as actividades, excepto na 1 e na 3. A actividade seis não foi cotada para a flexibilidade, como preconizado pela autora.

Quadro 10: Valores da média e desvio padrão da variável flexibilidade, e respectivos valores de referência (Oliveira, 1992)

Flexibilidade	Participantes	Participantes	Norma	Norma
	M	DP	M	DP
FX1	3.93	<b>2.23</b>	4.01	1.81
FX2	2.59	1.47	3.64	1.50
FX3	2.93	<b>1.84</b>	3.69	1.62
FX4	<b>6.07</b>	1.73	5.95	2.23
FX5	<b>6.33</b>	2.37	5.13	3.66
FX6	-	-	-	-
FX7	3.41	1.80	3.75	1.93
<b>FXT</b>	25.26	8.02	26.18	<b>8.0</b>

No que se refere à originalidade, como podemos constatar pela análise do quadro nº11, as participantes obtiveram valores médios superiores aos encontrados por Oliveira (1992), na globalidade e nas actividades números 1, 4 e 5, e um desvio-padrão inferior em todas as actividades e, igualmente, na globalidade, tal como se verificara em relação à variável fluência.

Quadro 11: Valores da média e desvio padrão da variável Originalidade, e respectivos valores de referência (Oliveira, 1992)

Originalidade	Participantes	Participantes	Norma	Norma
	M	DP	M	DP
OR1	<b>6.59</b>	4.08	4.71	4.56
OR2	3.26	2.14	4.49	3.62
OR3	4.52	3.21	4.97	3.86
OR4	<b>5.89</b>	3.97	5.21	4.34
OR5	<b>6.59</b>	3.51	3.98	3.65
OR6	1.15	1.75	1.68	4.09
OR7	0.74	1.13	1.44	1.51
<b>ORT</b>	<b>28.74</b>	11.96	26.48	15.24

No quadro nº12, apresentamos uma síntese das medidas estatísticas obtidas para os totais de cada uma das variáveis - fluência, flexibilidade e originalidade -, sendo de salientar que as participantes obtiveram valores médios superiores para a fluência e originalidade, e ligeiramente inferiores para a flexibilidade, sendo os respectivos valores dos desvios padrão inferiores aos encontrados por Oliveira (1992).

Quadro 12: Valores médios e desvio padrão dos totais da fluência, flexibilidade, e originalidade e respectivos valores globais

Variáveis	Participantes		Norma	
	M	DP	M	DP
Fluência	<b>51.85</b>	16.96	48.18	18.57
Flexibilidade	25.26	8.02	26.18	<b>8.0</b>
Originalidade	<b>28.74</b>	11.96	26.48	15.24
<b>Global</b>	105.85	34.13		

Quando analisados os valores médios e desvio padrão das variáveis e respectivo valor global obtido por cada grupo (padrão de decisão), verificamos que as participantes do grupo B obtiveram frequências absolutas e valores médios sempre superiores às do grupo A (quadro nº13).

Conforme referimos, a **negrito** apresentamos os valores que se verificaram superiores aos de Oliveira (1992).

Quadro 13: Valores totais e médios dos grupos A e B nas variáveis Fluência, Flexibilidade e Originalidade e Global

Variável	Score Total			Score Médio		
	Grupo A	Grupo B	A e B	Grupo A	Grupo B	A e B
Fluência	692	708	1400	49.43	54.46	51.85
Flexibilidade	330	352	682	23.57	27.08	25.26
Originalidade	388	388	776	27.71	29.71	28.74
<b>Global</b>	1410	1448	2858	100.71	111.38	105.85

No quadro nº14, apresentamos os valores de fluência e flexibilidade obtidos pelas participantes de cada grupo e na globalidade, no conjunto das sete actividades do teste.

Quadro 14: Valores das sete actividades obtidos pelas participantes de cada grupo, e na globalidade, relativamente às variáveis fluência, flexibilidade e originalidade

Grupo / Est. Escala	Máximo		Mínimo		Média		Mediana		D. Padrão	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Fluência	78	84	<i>27</i>	23	49.43	54.46	44.50	52.00	16.81	17.40
Flexibilidade	36	45	12	13	23.57	27.08	24.00	25.00	6.85	9.04
Originalidade	46	56	<i>11</i>	5	27.71	29.85	<i>26.50</i>	26.00	9.55	14.44
Global	149	174	<i>57</i>	41	100.71	111.38	92.00	105.00	31.48	37.22

Da sua análise podemos verificar que a pontuação obtida pelas participantes nas sete actividades do teste, na globalidade e em cada uma das suas três escalas, foi variável na sua amplitude e nos valores médios, medianos e de dispersão, sendo o grupo B o que obteve valores mais elevados. No entanto, o grupo A atinge cotações mais elevadas para o valor mediano da originalidade e os valores mínimos da fluência, originalidade e globalidade do teste (veja-se notação em *itálico* para os valores mínimos e da mediana).

Não obstante as diferenças observadas entre os grupos A e B, pela aplicação do teste t de Student para cada variável e na globalidade, estas não se mostraram estatisticamente significativas a um nível de significância de 95%.

No que se refere às correlações entre aquelas três variáveis, calculámos o coeficiente de correlação para variáveis contínuas, r de Pearson, tendo-se verificado valores que revelam forças de correlação entre moderadas a elevadas e estatisticamente significativas a um nível de significância de 1% ( $p = 0,01$ ), como podemos observar no quadro nº15.

Quadro 15: Valores de r obtidos através da correlação entre os *scores* das 27 participantes, nas variáveis fluência, flexibilidade e originalidade pela aplicação do r de Pearson e respectivos níveis de significância (p)

Variáveis	Fluência		Flexibilidade		Originalidade	
	r	p	r	p	r	p
Fluência	-	-	0.773	0.000	0.866	0.000
Flexibilidade			-	-	0.563	0.002
Originalidade					-	-

A análise posterior da correlação parcial entre estas variáveis permitiu confirmar a existência de correlações de força considerável e estatisticamente significativas entre a Fluência e a Originalidade, quando controlada para a Flexibilidade ( $r=0.821$ ;  $p=0.000$ ), e entre a Flexibilidade e a Fluência, quando controlada para a Originalidade ( $r=0.691$ ;  $p=0.000$ ). No entanto, obtivemos uma correlação negativa moderada entre a Flexibilidade e a Originalidade, embora não estatisticamente significativa, quando controlada para a Fluência ( $r= - 0.336$ ;  $p=0.094$ ), evidenciando-se deste modo o papel da Fluência nestas correlações.

A análise da consistência interna do teste verificada pelos coeficientes de fiabilidade de  $\alpha$  de Cronbach e de  $\alpha$  normalizado permitiu concluir pela existência de correlações inter-itens e valores de  $\alpha$  mais elevados que os encontrados por Oliveira (1992), na maior parte dos parâmetros, exceptuando o máximo, o mínimo e a média da fluência e a média e a relação máximo / mínimo da Originalidade (quadro nº16). Os valores de ambos os alfas foram ligeiramente inferiores apenas na "Originalidade" (quadro nº17).

Quadro 16: Comparação da correlação inter-itens para a fluência, flexibilidade e originalidade com o estudo de Oliveira (1992)

Coeficiente de Fiabilidade	Fluência		Flexibilidade		Originalidade	
	Observ.	Oliv.(92)	Observ.	Oliv.(92)	Observ.	Oliv.(92)
Máximo	<b>0.674</b>	0.688	0.797	0.355	0.709	0.445
Mínimo	<b>0.104</b>	0.268	0.193	0.140	-0.231	-0.031
Média	<b>0.442</b>	0.448	0.385	0.262	<b>0.193</b>	0.212
Relação Máx/Mín.	6.470	2.566	4.127	2.543	<b>-3.063</b>	-14.372

Quadro 17: Comparação dos coeficientes de fiabilidade  $\alpha$  de Cronbach e  $\alpha$  normalizado para a fluência, flexibilidade e originalidade com o estudo de Oliveira (1992)

Coeficiente de Fiabilidade	Fluência		Flexibilidade		Originalidade	
	Observ.	Oliv.(92)	Observ.	Oliv.(92)	Observ.	Oliv.(92)
$\alpha$	0.84	0.84	0.78	0.64	<b>0.65</b>	0.66
$\alpha$ (normalizado)	0.85	0.85	0.79	0.68	<b>0.63</b>	0.65

Pelo anteriormente referido podemos concluir que, neste estudo, as participantes apresentaram valores médios um pouco superiores aos verificados pela autora da versão Portuguesa do teste “Pensando Criativamente, Versão A – Forma Verbal”, na totalidade e nas dimensões Fluência e Originalidade. Na Flexibilidade os valores revelaram-se um pouco inferiores.

Quando comparados os dois grupos de padrões de decisão clínica de enfermagem, verificamos que as participantes incluídas no Grupo B obtiveram *scores* médios um pouco mais elevados, embora não estatisticamente significativos.



A análise da correlação parcial entre estas variáveis evidenciou o papel da fluência nestas correlações, a qual, como variável de controlo, produziu uma correlação negativa moderada ( $r = - 0.336$ ), embora não significativa ( $p = 0.094$  entre a flexibilidade a originalidade, mantendo-se as restantes correlações em valores aproximados aos anteriormente mencionados.

Ficou confirmada a consistência interna do Instrumento pelos coeficientes de fiabilidade de  $\alpha$  de Cronbach e  $\alpha$  normalizado.

### **3.2.3. MULTIFACTOR EMOTIONAL INTELLIGENCE SCALE (MEIS)**

A Inteligência Emocional - a habilidade para perceber exactamente, avaliar e expressar emoções; habilidade para aceder e / ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; habilidade para compreender a emoção e o conhecimento emocional; e habilidade para regular emoções para promover o desenvolvimento emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 1997) - foi neste estudo determinada através da aplicação do instrumento Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) de Mayer-Salovey-Caruso (1997), apresentado em pormenor no subcapítulo 1.5.3.

Foram aplicados os quatro subtestes correspondentes às quatro vertentes deste conceito de Inteligência Emocional, os quais pretendem avaliar, separadamente, as componentes:

*Perceber e Identificar Emoções*, relativos à habilidade para reconhecer o quanto a pessoa e os que nos rodeiam estão a sentir;

*Assimilar e Utilizar as Emoções*, que concerne à habilidade para gerar emoções e raciocinar com elas;

*Compreender Emoções*, que se refere à habilidade para perceber emoções complexas e cadeias emocionais, e o como as emoções transitam de um estágio para outro;

*Gerir Emoções*, a qual abrange a habilidade que nos permite gerir as nossas emoções e as dos outros.

Os resultados obtidos pela sua aplicação à totalidade das participantes (27) serão apresentados, em primeiro lugar, para cada uma destas componentes, seguindo-se os inerentes a cada grupo de “padrão de decisão” - A e B - e, posteriormente, em relação aos totais globais obtidos neste instrumento pelas participantes de cada grupo e no seu conjunto.

Todas as respostas foram devidamente preenchidas e consideradas válidas. As participantes necessitaram de 35 a 60 minutos para a sua realização, sendo o tempo médio de 49.93, a mediana de 50, a moda de 45 e o desvio-padrão de 7.61 minutos.

No que se refere à primeira parte do teste - Perceber e Identificar Emoções -, abreviadamente “Identificar”, a pontuação referida corresponde à soma dos valores obtidos pelas participantes nas componentes “FACES” e “Histórias”, e será apresentada no seu conjunto.

Assim, como podemos verificar analisando o quadro nº18, constatámos uma considerável amplitude de variação em todos os grupos, sendo esta maior no global das participantes (54) e no Grupo A (51). No que se refere às medidas de tendência central e de dispersão, as participantes do Grupo B apresentaram valores menos elevados.

Quadro 18: Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos *scores* obtidos pelas 27 participantes na primeira parte do teste - Perceber e Identificar Emoções

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
Estatística			
máximo	180	170	180
mínimo	129	126	126
amplitude / variação	51	44	54
média	153.64	147.77	150.81
mediana	152.00	147.00	147.00
moda	143	134	143
desv. padrão	15.82	14.22	15.08

Salientamos que esta diferença se deve sobretudo à componente reconhecimento de emoções através da observação de “FACES” - Média do Grupo A = 69.21 e a do grupo B = 63.23. As médias da componente “História” foram equivalentes (84.43 e 84.48, respectivamente).

Pela aplicação do teste t de Student, verifica-se que a diferença entre as médias dos dois grupos na componente “Perceber e Identificar Emoções” não se mostrou estatisticamente significativa ( $t = 1.012$ ; 25 gl;  $p=0.321 > 0.05$ ).

No quadro nº19, apresentamos os *scores* observados, tendo como referência os constantes das normas para interpretação dos resultados do teste MEIS (Caruso, 1999), salientando no entanto que os mesmos não foram aferidos para a população portuguesa, pelo que estes deverão ser cautelosamente considerados no âmbito estrito dos objectivos deste estudo.

Quadro 19: Valores obtidos pelas 27 participantes na parte do teste MEIS referente a Perceber e Identificar Emoções e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
Muito Elevado ( $\geq 189$ )	-	-	-
Elevado ( $\geq 175$ ; $< 189$ )	1	-	1
Médio ( $\geq 146$ ; $< 175$ )	6	9	15
Baixo ( $\geq 132$ ; $< 146$ )	6	2	8
Muito Baixo ( $< 132$ )	1	2	3
Total	14	13	27

Pela análise deste quadro, podemos verificar que o grupo B possui maior número de participantes com *scores* considerados médios ou elevados (9; 69.23%) que o grupo A (7; 50.00%). Na globalidade, prevaleceram as que obtiveram *scores* médios ou elevados (16 participantes – 59.26%).

No que se refere ao subtteste 2 - “Assimilar e Utilizar as Emoções” -, abreviadamente “Utilizar”, os valores das medidas de amplitude, tendência central e de dispersão para os dois grupos e totalidade das participantes são os constantes do quadro nº20.

Quadro 20: Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos *scores* obtidos pelas 27 participantes no subtteste - Assimilar e Utilizar as Emoções

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
Estatística			
máximo	84	86	86
mínimo	47	56	47
amplitude / variação	37	30	39
média	72.64	68.38	70.59
mediana	78.50	67.00	72.00
moda	79	67	59
desvio-padrão	12.7	9.34	10.86

Como podemos verificar analisando este quadro, constatamos uma considerável amplitude de variação em todos os grupos, sendo esta menor no Grupo B (30). No que se refere às medidas de tendência central e de dispersão, as participantes do Grupo A apresentaram os valores mais elevados.

Contudo, pela aplicação do teste t de Student, esta diferença entre as médias dos dois grupos neste subtteste “Assimilar e Utilizar as Emoções” não se mostrou estatisticamente significativa ( $t = 1.019$ ; 25 gl;  $p=0.318$ ,  $>0.05$ ).

No quadro nº21, apresentamos os *scores* observados, tendo como referência os constantes das normas para interpretação dos resultados do teste MEIS (Caruso, 1999).

Quadro 21: Valores obtidos pelas 27 participantes no subtteste - Assimilar e Utilizar as Emoções - e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
<i>Scores de Referência</i>			
Muito Elevado ( $\geq 84$ )	1	1	2
Elevado ( $\geq 78$ ; $< 84$ )	7	2	9
Médio ( $\geq 67$ ; $< 78$ )	2	5	7
Baixo ( $\geq 62$ ; $< 67$ )	-	1	1
Muito Baixo ( $< 62$ )	4	4	8
Total	14	13	27

Pela análise deste quadro, podemos verificar que o grupo A possui maior número de participantes com *scores* considerados médios ou superiores (10; 71.43%) que o grupo B (8; 61.54%). Na globalidade, prevaleceram os que obtiveram *scores* médios ou elevados (18 participantes - 66.66%).

Relativamente à terceira parte do teste - Compreender as Emoções -, abreviadamente “Compreender”, a pontuação referida corresponde à soma dos valores obtidos pelas participantes nas componentes “Definições” e “Perspectivas”, e será apresentada no seu conjunto.

Observando o quadro nº22, constatamos uma considerável amplitude de variação em todos os grupos, sendo esta maior no global das participantes e no Grupo B (ambos com o valor 78). No que se refere à média e mediana, as participantes do Grupo B apresentaram valores menos elevados, não tendo existido um valor modal neste grupo, no qual se verificou igualmente maior dispersão.

Quadro 22: Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos *scores* obtidos pelas 27 participantes no subtteste Compreender as Emoções

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
Estatística			
máximo	160	162	162
mínimo	93	84	84
amplitude / variação	67	78	78
média	133.14	129.92	131.59
mediana	135.50	131.00	135.00
moda	139	-	139
desvio-padrão	18.79	24.11	21.15

Salientamos que esta diferença se deve sobretudo à componente “Perspectivas” onde se verificou maior diferença entre as médias - Grupo A = 64.64 e Grupo B = 60.00. As médias da componente “Definições” foram as seguintes: Grupo A = 68.50 e Grupo B = 69.92, havendo uma diferença acentuada no desvio padrão entre estes dois grupos (13.61 e 21.85, respectivamente).

Apesar das diferenças observadas nas médias obtidas neste subtteste entre os grupos A e B, estas não se mostraram estatisticamente significativas pela aplicação do teste t de Student ( $t = 0.389$ ; 25 gl;  $p=0.701, > 0.05$ ).

No quadro nº23, apresentamos os *scores* observados, tendo como referência os constantes das normas para interpretação dos resultados do teste MEIS (Caruso, 1999).

Quadro 23: Valores obtidos pelas 27 participantes no subteste Compreender as Emoções e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
Muito Elevado ( $\geq 164$ )	-	-	-
Elevado ( $\geq 154$ ; $< 164$ )	1	2	3
Médio ( $\geq 133$ ; $< 154$ )	10	4	14
Baixo ( $\geq 123$ ; $< 133$ )	1	4	5
Muito Baixo ( $< 123$ )	2	3	5
Total	14	13	27

Como podemos verificar pela análise deste quadro, o grupo A possui maior número de participantes com *scores* considerados médios ou elevados (11; 78.57%) que o grupo B (6; 46.15%). Na globalidade, prevaleceram as que obtiveram *scores* médios ou elevados (17 participantes – 62.96%).

Por último, apresentamos os dados inerentes à quarta componente do teste - Gerir as Emoções -, cujos valores das medidas de amplitude, tendência central e de dispersão para os dois grupos e totalidade das participantes são os constantes do quadro nº24.

Quadro 24: Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos *scores* obtidos pelas 27 participantes no sub teste Gerir as Emoções

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
Estatística			
máximo	73	74	74
mínimo	47	58	47
amplitude / variação	26	16	27
média	62.21	64.69	63.41
mediana	62.00	64.00	63.00
moda	60	66	60
desvio-padrão	6.29	5.28	5.85

Da análise do quadro 24, podemos constatar uma moderada amplitude de variação no total das participantes e no grupo A (27 e 26, respectivamente), sendo esta mais reduzida no Grupo B (16). As medidas de tendência central e de dispersão são mais homogêneas, verificando-se pela primeira vez uma ligeira diferença favorável ao Grupo B, não sendo esta contudo estatisticamente significativa ( $t = -1.104$ ; 25 gl;  $p=0.280 > 0.05$ ).

No quadro nº 25, apresentamos os *scores* observados, tendo como referência os constantes das normas para interpretação dos resultados do teste MEIS (Caruso, 1999).

Quadro 25: Valores obtidos pelas 27 participantes no subteste Gerir as Emoções e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
<i>Scores</i> de Referência			
Muito Elevado ( $\geq 76$ )	-	-	-
Elevado ( $\geq 71$ ; $< 76$ )	1	3	4
Médio ( $\geq 61$ ; $< 71$ )	7	6	13
Baixo ( $\geq 56$ ; $< 61$ )	5	4	9
Muito Baixo ( $< 56$ )	1	-	1
Total	14	13	27

Analisando o quadro nº25, podemos verificar que o grupo B possui maior número de participantes com *scores* considerados médios ou elevados (9; 69.23%) que o grupo A (8; 57.14%). Na globalidade, prevaleceram os que obtiveram *scores* médios ou elevados (17 participantes – 62.96%).

A pontuação obtida na totalidade dos subtestes anteriormente descritos é a constante do quadro nº26, no qual apresentamos os *scores* conseguidos pelas participantes por grupo e na globalidade.



Quadro 26: Medidas estatísticas de amplitude, tendência central e dispersão referentes aos scores obtidos pelas 27 participantes na globalidade do Teste MEIS

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
Estatística			
máximo	466	469	469
mínimo	339	344	339
amplitude / Variação	127	125	130
média	421.64	410.77	416.41
mediana	429.00	415.00	423.00
moda	429	419	429
desvio-padrão	35.24	32.89	33.92

Pela análise do quadro 26, podemos constatar uma considerável amplitude de variação em qualquer dos grupos e na globalidade das participantes (127, 125, 130, respectivamente). No que se refere às medidas de tendência central e de dispersão, as participantes do Grupo A apresentaram valores mais elevados em todos os parâmetros.

A diferença entre as médias dos dois grupos verificou-se estatisticamente significativa, pela aplicação do teste t de Student ( $t = 2.117$ ; 17 gl;  $p=0.05$ ), para os valores compreendidos entre mais ou menos um desvio-padrão (19 participantes) e bastante significativo ( $p=0,002$ ) para os valores situados entre o segundo e o terceiro quartil (14 participantes).

O grupo de 22 professores, alunos do curso de complemento de formação para aquisição de grau de licenciatura, que efectuou na totalidade o pré-teste deste instrumento apresentou valores algo diferentes, sendo a amplitude de variação de 108 (130 no grupo de participantes neste estudo), a média 396.74 (416,41), a moda 386 (429) e o desvio-padrão 24.84 (33.92). Estes valores devem contudo ser considerados com alguma reserva por se tratarem de dados obtidos em contexto de pré-teste do instrumento.

No quadro nº27, apresentamos os *scores* observados tendo como referência os constantes das normas para interpretação dos resultados do teste MEIS (Caruso, 1999).

Quadro 27: Valores obtidos pelas 27 participantes na globalidade do Teste MEIS e respectivos valores de referência (Caruso, 1999)

Grupo	Grupo A	Grupo B	Global
<i>Scores</i> de Referência			
Muito Elevado ( $\geq 493$ )	-	-	-
Elevado ( $\geq 468$ ; $< 493$ )	-	1	1
Médio ( $\geq 417$ ; $< 468$ )	10	5	15
Baixo ( $\geq 392$ ; $< 417$ )	2	4	6
Muito Baixo ( $< 392$ )	2	3	5
Total	14	13	27

Como podemos verificar pela análise do quadro 27, o grupo A possui maior número de participantes com *scores* considerados médios ou elevados (10; 71.43%) que o grupo B (6; 46.15%). Foi no grupo B que se encontrou o *score* considerado elevado. Na globalidade das participantes neste estudo (27), prevaleceram as que obtiveram *scores* médios ou elevados (16 participantes – 59.26%).

Calculado o intervalo de confiança das médias obtidas pelas participantes na globalidade do teste MEIS, e para cada um dos grupos de “padrões diferenciais”, como podemos observar através do Quadro IC, a um nível de confiança de 95%, o valor da média da “verdadeira” população situa-se entre 402.99 e 429.83, para os valores globais; 401.29 e 441.29, para o grupo de participantes incluídos no Grupo A; e 390.90 e 430.64 para os do grupo B.

Verificamos, por isso, como podemos ver no quadro nº28, um intervalo de confiança superior no grupo A, cujo limite inferior se verifica superior ao valor da média.

Quadro 28: Intervalo de confiança de 95% da média para os *scores* totais gerais e por grupo

Estatística	Grupo		
	Grupo A	Grupo B	Global
Média	421.64	410.77	416.41
Limite Inferior do Intervalo	421.99	390.90	402.99
Limite Superior do Intervalo	441.99	430.64	429.83

No sentido de verificar a possível existência de correlação entre as quatro subescalas do teste, calculámos o coeficiente de correlação para variáveis contínuas - *r* de Pearson, apresentados no quadro nº 29.

Quadro 29: Valores de *r* de Pearson obtidos pela correlação de cada uma das subescalas do teste MEIS

Sub Escalas	Identificar	Utilizar	Compreender	Gerir
Identificar	-	- 0.001	0.034	0.048
Valor de p	-	0.997	0.886	0.811
Utilizar		-	0.420	<b>0.202</b>
Valor de p		-	0.029	0.313
Compreender			-	<b>0.303</b>
Valor de p			-	0.125
Gerir				-
Valor de p				-

Pela análise do quadro, podemos concluir pela existência de algumas correlações positivas fracas, embora não estatisticamente significativas, entre os *scores* obtidos pelas participantes nas subescalas “Utilizar” e “Gerir” ( $r=0.202$ ;  $p=0.313$ ) e “Compreender” e “Gerir” as Emoções ( $r=0.303$ ;  $p=0.125 > 0,05$ ).

Todavia, uma correlação positiva moderada estatisticamente significativa a um nível de confiança de 95% foi verificada entre os valores das subescalas do teste MEIS - “Utilizar” e “Compreender” as emoções ( $r=0.420$ ;  $p=0.029$ )

Em síntese, os resultados do teste para avaliação da Inteligência Emocional (MEIS), de Mayer-Salovey-Caruso (1997), obtidos pelas participantes neste estudo correspondem, na maior parte dos casos, aos níveis médio e elevado da classificação apresentada por Caruso (1999), a qual constituiu a referência para a interpretação dos resultados deste teste.

Por outro lado, apesar de nem sempre se terem verificado diferenças estaticamente significativas, as participantes incluídas no Grupo A apresentaram *scores* médios e medianos mais elevados, na globalidade e nas subescalas do mesmo, “Identificar”, “Utilizar”, e “Compreender” as emoções. O contrário se verificou relativamente à subescala “Gerir” as emoções.

Da análise das correlações entre as quatro subescalas do teste MEIS verificámos a existência de uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa entre as componentes “Compreender” e “Utilizar” as emoções ( $r=0.420$ ;  $p=0.029 < 0.05$ ).

Estes resultados sugerem, por isso, a importância da Inteligência Emocional para um adequado processo de prestação de cuidados de enfermagem e serão alvo de melhor atenção no capítulo “Discussão dos Resultados”.

Após a descrição dos dados obtidos através da aplicação dos três testes para a avaliação das habilidades cognitivas das participantes de modo separado, no subcapítulo que se segue iremos apresentá-los no seu conjunto e faremos referência aos resultados dos procedimentos relativos à testagem da hipótese da presente investigação.

### 3.3. VERIFICAÇÃO DA HIPÓTESE

A questão central ou problema de investigação ao qual este estudo pretende dar resposta é a seguinte:

- Que relação existe entre Padrões de Habilidade Cognitiva de Pensamento Crítico, Pensamento Criativo e Inteligência Emocional e o Processo de Decisão Clínica de Enfermagem?

Nos três subcapítulos anteriores apresentámos, separadamente e com algum detalhe, os resultados de cada uma das três variáveis que nesta investigação pretendem reflectir os “Padrões de Habilidade Cognitiva” - Pensamento Crítico, Pensamento Criativo e Inteligência Emocional.

Neste, iremos apresentar os dados relativos à globalidade dos *scores* obtidos pelas participantes em cada uma daquelas variáveis e a sua relação com os respectivos grupos a que pertencem.

Por fim, apresentaremos os resultados da aplicação dos métodos estatísticos utilizados na testagem da hipótese do nosso estudo, ou seja, a de que os padrões de tomada de decisão clínica de enfermagem variam em função de padrões de habilidade cognitiva diferenciais.

Assim, no quadro nº30 apresentamos uma síntese dos resultados obtidos pelas 27 participantes nos três Instrumentos utilizados na avaliação das variáveis independentes: Pensamento Crítico, Watson- Glaser Critical Thinking Appraisal, Forma A, de Watson-Glaser (1980); Pensamento Criativo, “Pensando Criativamente, Versão A – Forma Verbal”, traduzido e aferido para Portugal por Oliveira (1992); e Inteligência Emocional, Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) de Mayer-Salovey-Caruso (1997).

Quadro 30: Valores globais obtidos pelas participantes nos instrumentos de colheita de dados para determinação dos Padrões de Habilidade Cognitiva

Instrumento	P Crítico	P Criativo	Int Emocional
Estatística	WGCTA	TORRANCE	MEIS
máximo	59	174	469
mínimo	36	41	339
amplitude / variação	23	133	130
média	46.48	105.85	416.41
mediana	46.00	100.00	423.00
desvio-padrão	5.96	34.13	33.92

Pela análise do Quadro constatamos uma considerável amplitude de variação nos *scores* totais obtidos em todos os instrumentos de medida utilizados para a determinação das “Habilidades Cognitivas” das participantes sendo esta mais pronunciada no teste para a avaliação do pensamento criativo - 133.

No que se refere às medidas de tendência central, os valores médios e medianos verificaram-se mais convergentes nos casos do WGCTA, apresentando os restantes testes maior divergência. Quanto à dispersão, foi no teste de Torrance e WGCTA que se verificaram valores proporcionalmente menos elevados.

No quadro nº31 apresentamos os *scores* obtidos por cada grupo de participantes (correspondendo a cada um dos Padrões de Decisão - A ou B) nos três instrumentos utilizados na avaliação das variáveis independentes.

Quadro 31: Valores obtidos pelos grupos A e B nos três instrumentos de colheita de dados para determinação dos Padrões de Habilidade Cognitiva.

Instrumento	P Crítico WGCTA		P Criativo TORRANCE		Int Emocional MEIS	
	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B	Grupo A	Grupo B
<b>Estatística</b>						
máximo	56	59	149	174	466	469
mínimo	36	39	57	41	339	344
amplitude / variação	20	20	92	133	127	125
média	44.79	48.31	100.71	111.38	421.64	410.77
mediana	44.50	48.00	92.00	105.00	429.00	415.00
moda	43	40	85	-	429	419
desvio-padrão	4.92	6.63	31.48	37.22	35.24	32.89

Como podemos observar através do quadro nº31, as participantes do Grupo B obtiveram valores da média, da mediana e do desvio-padrão superiores nos testes de avaliação do pensamento crítico e pensamento criativo, ao contrário das do Grupo A que na componente inteligência emocional, obtiveram valores superiores naqueles três parâmetros estatísticos. A amplitude de variação acompanhou igualmente esta tendência.

Entretanto, como podemos verificar da análise do quadro nº32, a diferença entre as médias de cada um dos dois grupos no que concerne ao *score* total dos três instrumentos, pela aplicação do teste t de Student, não se mostrou estatisticamente significativa.

Quadro 32: Valores de t de Student relativos às médias de ambos os grupos e para cada um dos três padrões de habilidade cognitiva

Instrumento	P. Crítico	P. Criativo	Int. Emocional
Estatística	WGCTA	TORRANCE	MEIS
Valor de t	-1.576	-0.806	0.827
Graus de Liberdade	25	25	25
Valor de p ( $\leq 0,05$ )	0.127*	0.428*	0.416*

\* Não significativo ( $> 0.05$ )

Não obstante estas diferenças se terem verificado estatisticamente não significativas, como de resto por vezes acontece em amostras pequenas, os gráficos que se seguem pretendem ilustrar as diferenças observadas entre as médias de cada grupo, em cada variável independente.

Gráfico 1: Diferenças entre as médias dos *scores* obtidos por cada grupo de participantes na variável inteligência emocional

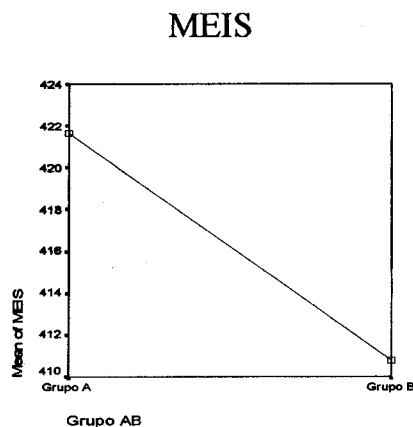




Gráfico 2: Diferenças entre as médias dos *scores* obtidos por cada grupo de participantes na variável pensamento crítico

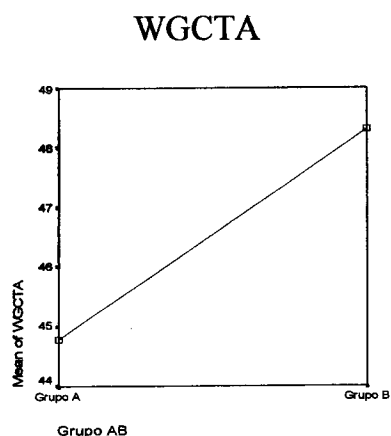
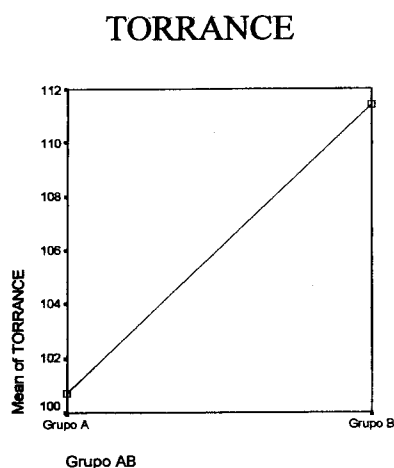


Gráfico 3: Diferenças entre as médias dos *scores* obtidos por cada grupo de participantes na variável pensamento criativo



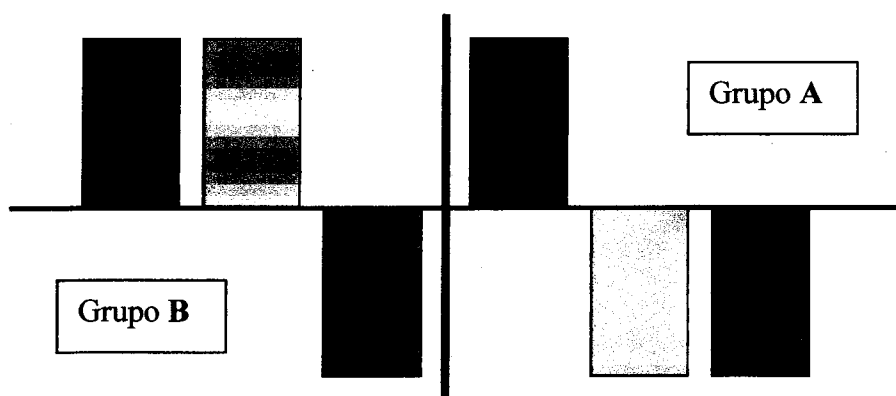
Através destes podemos constatar uma inclinação aproximada das linhas correspondentes às diferenças entre as médias obtidas pelas participantes de cada grupo, para cada um dos instrumentos, apresentando a linha no primeiro gráfico (teste MEIS), um sentido inverso ao dos restantes.

Com efeito, no teste MEIS, as participantes do grupo A obtiveram valores médios superiores às do grupo B e tais diferenças verificaram-se estatisticamente significativas

para os valores compreendidos entre mais ou menos um desvio-padrão (19 participantes;  $t = 2.117$ ; 17 gl;  $p=0.050$ ).

Nesta conformidade, podemos considerar a existência de dois padrões de habilidades cognitivas diferenciais, sendo um deles caracterizado pela existência de níveis mais elevados de pensamento crítico e pensamento criativo, e menores índices de inteligência emocional, aferidos pelos instrumentos utilizados neste estudo, e verificado no Grupo B dos padrões de decisão clínica; e um outro apresentando níveis menos elevados de pensamento crítico e de pensamento criativo e maiores níveis de inteligência emocional, característico do Grupo A, conforme ilustra a figura nº10.

Figura 10: Representação esquemática dos padrões de habilidade cognitiva e de decisão clínica diferenciais identificados neste estudo



Legenda: **WGCTA** **TORRANCE** **MEIS**

Lembremo-nos que as participantes incluídas no grupo B apresentaram, igualmente, características das do grupo A, ao contrário das do grupo A, que não apresentaram características das do grupo B. Assim, estes padrões não deverão ser interpretados de forma estritamente dicotômica.

No sentido de verificarmos a possível existência de correlação entre os três padrões de habilidade cognitiva em estudo (pensamento crítico, criativo e inteligência emocional) calculámos o coeficiente de correlação para variáveis contínuas - r de Pearson cujos resultados podemos observar no quadro nº33.

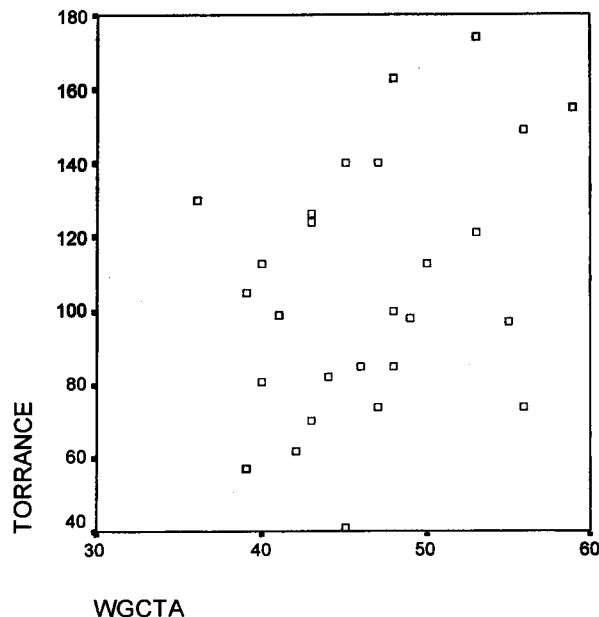
Quadro 33: Valores de r de Pearson obtidos pela correlação de cada uma das variáveis independentes - Habilidades Cognitivas

Variável Instrumento	P. Crítico (WGCTA)	P. Criativo (TORRANCE)	Int. Emocional (MEIS)
WGCTA	-	<b>0.343</b>	0.146
Valor de p	-	0.080	0.468
TORRANCE		-	0.079
Valor de p		-	0.694
MEIS			-
Valor de p			-

Da análise deste quadro, podemos concluir pela existência de correlações positivas muito fracas entre os *scores* obtidos pelas participantes no teste para a avaliação do pensamento crítico (WGCTA) e inteligência emocional, avaliada pelo teste MEIS ( $r = 0.146$ ), e entre esta e o pensamento criativo obtida pelo teste de TORRANCE ( $r = 0.079$ ).

Todavia verificamos uma correlação positiva fraca a moderada entre os valores obtidos pelas participantes no teste TORRANCE e WGCTA ( $r = 0.343$ ;  $p=0.08 > 0.05$ ), a qual podemos observar de modo ilustrado no gráfico nº4.

Gráfico 4: Diagrama de dispersão correspondente à correlação entre as variáveis Pensamento Criativo (TORRANCE) e Pensamento Crítico (WGCTA)  $r = 0.343$ ;  $p=0.08$



Verificadas as correlações parciais com controlo para cada uma destas mesmas variáveis, constatámos que se mantiveram idênticos valores quer na força e sentido das correlações, quer no que se refere à significância estatística.

Em síntese, e após a aplicação de medidas de estatística descritiva, teste de diferença entre médias (t de Student) e correlação para variáveis (múltiplas) contínuas (R de Pearson) às variáveis da hipótese do nosso estudo, podemos concluir que:

- Foram identificados dois padrões de habilidades cognitivas aparentemente distintos, sendo um deles caracterizado pela existência de níveis mais elevados de pensamento crítico e pensamento criativo, e menores índices de inteligência emocional, verificado no Grupo B, e um outro apresentando níveis menos elevados de pensamento crítico e de pensamento criativo e maiores níveis de inteligência emocional, característico do grupo A;

- Com efeito, no teste MEIS, as participantes do grupo A obtiveram valores médios superiores às do grupo B e tais diferenças verificaram-se estatisticamente significativas para os valores compreendidos entre mais ou menos um desvio-padrão (19 participantes;  $t = 2.117$ ; 17 gl;  $p=0.050$ ).
- Não se verificou significativa, a um nível de significância de 5%, a diferença entre as médias dos *scores* obtidos pelas participantes dos grupos A e B de Padrões de Decisão Clínica de Enfermagem - variável dependente, em cada uma das três variáveis independentes (Padrões de Habilidade Cognitiva);
- Igualmente as correlações entre os *scores* obtidos pelas participantes em cada uma das variáveis independentes (pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional) não se mostraram estatisticamente significativas, verificando-se, todavia, uma fraca / moderada correlação entre as duas primeiras ( $r$  de Pearson = 0.34,  $p = 0.08$ );

No capítulo que se segue iremos aprofundar e discutir melhor alguns dos aspectos inerentes à relação entre estas variáveis.

#### **4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Neste capítulo, procuraremos proceder à discussão dos principais resultados do estudo, designadamente, os que mais directamente se relacionam com o problema de investigação e os objectivos do estudo, estabelecendo, na medida do possível, comparações com resultados de estudos anteriores ou opiniões de autores no mesmo domínio. Faremos ainda referência às suas principais limitações.

Neste sentido, e relembando o nosso problema de investigação - que relação existe entre padrões de habilidade cognitiva de pensamento crítico, de pensamento criativo e de inteligência emocional e o processo de decisão clínica de enfermagem -, e os objectivos do estudo - descrever o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem e identificar relações entre padrões de habilidade cognitiva e padrões de tomada de decisão clínica de enfermagem -, organizaremos o capítulo, pela ordem que os mesmos sugerem.

Assim, iniciaremos pela discussão sobre o modelo de decisão emergente, discutiremos os resultados obtidos em cada uma das variáveis independentes - pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional - e, por fim, a relação entre estas e os padrões de tomada de decisão.

##### **4.1. PROCESSO E PADRÕES DE TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

Sendo um dos objectivos do presente estudo efectuar a descrição do processo de decisão clínica ou processo de prestação de cuidados de enfermagem através dos dados colhidos pela observação, entrevistas e protocolos obtidos pela verbalização concorrente do pensamento, em contextos naturais, e após termos procedido à análise e interpretação dos resultados, foram identificadas, basicamente, cinco grandes categorias de estratégias inerentes ao raciocínio das participantes durante aquele processo, as quais ocorrem de modo contínuo, interrelacionado e dinâmico, tal como referem Brooks & Thomas (1997), Fowler (1997), Marks-Maran (1999), Pesut &

Herman (1999), Thompson (1999), Girot (2000), Fonteyn & Ritter (2002), Takeman & Kanda (2003), entre outros.

Destas categorias, salientam-se, pela sua frequente presença e importância, dois contínuos permanentes, interagir e intervir, os quais, por sua vez possibilitam três outros contínuos identificados no modelo de processo de decisão emergente neste estudo: conhecer o utente, resolver problemas e avaliar.

O processo de decisão verificado neste estudo, de um modo geral, vai de encontro aos modelos referidos na literatura mais recente sobre o processo de decisão clínica de enfermagem ou de prestação de cuidados, designadamente o de Pesut & Herman (1999), no que se refere à concomitância, interactividade e carácter contínuo (em vez de gradual, por etapas) do raciocínio, à sua não focalização apenas em problemas, ao seu carácter mais circular e fluido, à visão global do utente e à previsão dos resultados.

Igualmente, assemelha-se aos modelos baseados na teoria do contínuo de Hammond (1988), descritos na primeira parte deste estudo, designadamente o de Fowler (1997), Jesus (1999), Thompson (1999), Lamond & Thompson (2000), Lauri *et al.* (2001), King & Clark (2002) e Thompson & Dowding (2002). Como referimos, de acordo com o modelo proposto por Thompson (1999), a abordagem sistemático-positivista, baseada na teoria do processamento de informação de Newel & Simon (1972), e a intuitivo-humanista, representada pelos trabalhos de Benner (1984) e Benner *et al.* (1996), situam-se nos pólos extremos de um contínuo cognitivo, admitindo deste modo a diversidade de estratégias cognitivas individuais.

Conforme salientam Thompson & Dowding (2002), existe um consenso cada vez maior acerca de que o processo de tomada de decisão clínica na enfermagem é, na maior parte das vezes, uma combinação de fases no processo de raciocínio analítico e intuitivo, dependendo do nível de estruturação da actividade, da informação disponível e do tempo que os enfermeiros dispõem para julgar e decidir.

Buckingham & Adams (2000 a e b), por seu lado, defendem existir uma estrutura geral para a tomada de decisão que transcende disciplinas e domínios, e propõem um modelo de decisão clínica universal, baseado no de classificação psicológica, tendo como pressuposto que juízos e decisões constituem actividades de classificação.

Porém, Taylor (1997 e 2000) refere não existir um modelo geral de resolução de problemas clínicos, sendo que as únicas estratégias comuns encontradas de forma

consistente na literatura são as relacionadas com a formulação inicial de hipóteses e a subsequente recolha de dados para as testar, assim como a utilização de questões gerais de rotina na procura de informação sobre o utente, antes da procura de informação mais específica.

O modelo que emerge deste estudo aponta no sentido da existência de um padrão geral de processo de tomada de decisão que, entendida no sentido mais amplo do processo de prestação de cuidados, não contradiz o anteriormente referido, ao incluir o julgamento e a decisão naqueles processos. Todavia, o modelo de classificação proposto por Buckingham & Adams (2000 a e b) nem sempre se mostrou evidente, pelo que a sua pretensa designação de modelo explicativo geral daqueles processos carece, ainda, do nosso ponto de vista, de melhor fundamentação empírica.

Apresentando um carácter contínuo e global, o modelo apresentado a partir dos resultados deste estudo, descreve, ao que sabemos, pela primeira vez, aquele processo a partir de contextos reais e por métodos naturalísticos, tais como a observação, a entrevista etnográfica e a gravação concorrente da verbalização do pensamento durante a interacção com as utentes no processo de prestação de cuidados.

Quando analisada cada componente do modelo em particular, igualmente verificámos que, de um modo geral, estes resultados são suportados pelos referidos na literatura.

Desde logo, e no que se refere ao contínuo “interagir”, verificámos que durante o processo de prestação de cuidados, as enfermeiras estão permanentemente a interagir com o utente ou pessoa significativa, colhendo continuamente informação, identificando problemas, necessidades ou potencialidades, intervindo, avaliando e reavaliando as situações. Consoante as características individuais de cada utente, intervêm, estimulando as utentes, questionando, avaliando o seu nível de resposta, num ciclo de processamento de informação e decisão que engloba várias estratégias cognitivas. Uma vez, iniciam pela relação e permanecem a comunicar com as utentes enquanto intervêm, outras começam pela intervenção e mantêm um relacionamento contínuo.

Tal constatação vai de encontro às perspectivas de Radwin (1996), Omdahl & O'Donnell (1999), Lucker *et al.* (2000), Benner (2001), Kruijver *et al.* (2001), Gallant *et al.* (2002), Radwin & Fawcett (2002), Takemura & Kanda (2003), Trenoweth



(2003), ao considerarem a interacção com os utentes uma componente importante e frequente no processo de prestação de cuidados de enfermagem.

Durante todo este processo, e de modo frequente, procuram criar condições contextuais, proporcionando ambientes adequados e condições facilitadoras da relação, que promovam o bem-estar das utentes ou evitem o agravamento da sua situação. Atendem ainda familiares das utentes ou pessoas significativas, ou outras pessoas que se dirigem à unidade, procurando a todos acolhê-los, integrá-los, conforme necessário, ou ainda estabelecendo contactos indirectos, através do telefone, interno ou externo, verificando-se ser, de facto, a enfermeira um elemento de primeira linha, sempre presente nas unidades de prestação de cuidados (Kruijver *et al.*, 2001).

O estabelecimento de relação constituiu, neste estudo, ao contrário do verificado por Guntter & Alligood (2002), o motivo principal da interacção com as utentes, tendo-se verificado que as participantes empreendem acções de enfermagem junto das mesmas, visando a relação com a utente ou pessoa significativa, dependendo esta relação da situação particular de cada utente, designadamente o seu nível de consciência, o seu estado emocional, entre outros. Conforme salientam Atkinson & Murray (1989), no caso particular de utentes necessitando de cuidados paliativos, o enfermeiro despende mais de 70% do seu tempo no estabelecimento de relação com os utentes.

Igualmente verificámos que durante a interacção com as utentes ou pessoas significativas, independentemente do contexto, umas vezes de modo programado, outras no decurso das intervenções, as enfermeiras têm a preocupação de fazer ensino às utentes sobre aspectos da sua saúde e de prestar esclarecimentos sobre um qualquer aspecto inerente ao cuidado à utente ou pessoa significativa, indo de encontro ao preconizado por Taylor (2001) quando salienta a importância do ensino aos utentes no decurso do processo de prestação de cuidados.

Também o informar, orientar e obter o consentimento das utentes faz parte do contínuo interactivo com as utentes, tendo-se constatado que as enfermeiras participantes neste estudo, se dirigiam verbalmente às utentes ou familiares para lhes comunicar o que vão fazer ou prestar informações, sem entrar, contudo, em detalhes (diferente de explicar), as quais por vezes consistiam em “directrizes e orientações” às utentes sobre os diferentes aspectos do cuidado. Outras vezes solicitavam

consentimento à utente (implícito ou explícito), sendo este consentimento habitualmente precedido de informação.

Tal constatação vai de encontro a preocupações expressas por Aveyard (2002 a e b) ao referir que os enfermeiros nem sempre estabelecem a distinção entre o simples cumprimento de orientações por parte do utente e o consentimento verdadeiramente informado, implícito e explícito, recomendando maior atenção ao cumprimento destes princípios.

Estimular as utentes, sobretudo as mais idosas, menos activas ou possuidoras de perturbações do nível de consciência, constituiu uma intenção frequente durante o processo de interacção das enfermeiras com as utentes, tendo como objectivo aumentar o nível de consciência ou de resposta. Além disso, incrementar a participação nos cuidados através da solicitação, incentivo ou estímulo à colaboração ou implicação das utentes ou pessoas significativas nos cuidados, constituiu igualmente um comportamento habitual das participantes neste estudo. Tais procedimentos, como referem Hallström & Helander (2004), no caso de crianças, Henderson (2002) e Sairio & Lauri (2003) em utentes adultos, embora variáveis em termos de níveis de participação destes, muito contribuem para a sua recuperação integral.

Igualmente, reforçar o poder de decisão, ou seja, respeitar a opinião ou preferência das utentes, validar, pedir opinião de forma explícita ou implícita às utentes, ou ainda combinar algo com estas, validando a sua anuência, foram evidentes no decurso do presente estudo. Esta constatação está de acordo com o defendido por Taylor (2001), o qual salienta a importância destes comportamentos, e com Hewitt (2002) que, além disso, alerta para a necessidade do reforço do poder de decisão por parte do enfermeiro, como forma de incrementar o do utente.

Ainda o confortar ou tranquilizar as utentes e promover a sua distração “desconversando” com as mesmas, tendo como intenção provocar o seu sorriso ou diversão, constituíram estratégias utilizadas durante a interacção com as utentes, estratégias estas consideradas igualmente importantes, como referem Sruthers (1999), Wooten (2000), Gunther & Allgood (2002) e Guerreiro (2002).

“Conhecer a utente” neste estudo, constituiu um dos pilares principais do processo de prestação de cuidados, do qual depende grande parte da sua qualidade,

segurança e efectividade. De facto, tal como referem Radwin (1995 a e b, 1996, 2002), Jesus (1999), Luker *et al.* (2000), Takemura & Kanda (2003), Skilbeck & Payne (2003), Trenoweth (2003), os enfermeiros, durante o processo de prestação de cuidados, têm a preocupação de conhecer o utente, sendo neste conhecimento que assentam grande parte das decisões ou intervenções, influenciando de forma significativa aqueles processos.

Entre as estratégias mais frequentes e importantes que as participantes utilizam para conhecer o utente está o obter informação adicional, adquirida através de um conjunto de sub-estratégias, por vezes simultâneas, que decorrem durante a relação com a utente ou durante a intervenção, conforme referido por Brooks & Thomas (1997), Taylor (1997 e 2000) e Bird & Wallis (2002).

Tais estratégias incluem o identificar e procurar informação relevante (quando a enfermeira procurava mais informação a partir de dados que considera particularmente importantes), o reconhecer padrões (quando da captação de algumas características da situação da utente, ainda pouco evidente, mas integradas num conjunto - padrão - reconhecido pela enfermeira como revelador de uma determinada situação ou prenunciador de uma certa evolução, normalmente baseada na sua experiência anterior ou “intuição”), o observar (quando as participantes olhavam intencionalmente ou inspeccionavam algo), o palpar (quando exploravam intencionalmente algo na utente através do tacto), o questionar (formulação de perguntas às utentes, no sentido de obter informação destas ou suas pessoas significativas, na sequência ou não de identificação de dados relevantes), o escutar (ouvir com atenção e de modo interessado, as utentes ou pessoas significativas), o monitorizar (obtenção de informação através da vigilância de uma determinada utente ou aspecto particular, tendo por isso mais que ver com a vigilância dos sinais vitais ou outros parâmetros) e o consultar registos (obtenção de informação escrita, no decurso da interacção directa da enfermeira com a utente.).

Todas estas estratégias são comuns às verificadas na literatura, com particular destaque para o reconhecimento de padrões (Benner, 1984; Benner *et al.*, 1996; Brooks & Thomas, 1997; Cioffi, 1997; King & Appleton, 1997; Offredy, 1998; Marks-Maran, 1999; Buckingham & Adams, 2000; Efken, 2001; Oberle & Allen, 2001; Reischman & Yarandi, 2002 e King & Clark, 2002), o observar (Lamond *et al.*,

1996; Jesus (1999) e o escutar (Juan, 1991; Lazure, 1994; Phaneuf, 2001; Radwin & Fawcett, 2002).

Outras estratégias foram identificadas como fazendo parte da componente do modelo de decisão, “conhecer o utente”, tais como o relacionar informação (estabelecimento de relação entre elementos de informação ou decomposição de informação em elementos de menor granularidade); o interpretar informação (atribuição de um certo significado à informação detida ou tomá-la em determinado sentido); o formular hipóteses (supor provisoriamente um problema / diagnóstico de enfermagem, complicação potencial ou respectivos factores relacionados); e o inferir ou formular juízos (dedução por meio de raciocínio, conclusão ou formulação de opinião acerca da conclusão), estratégias estas concordantes com os resultados de estudos anteriores efectuados, por exemplo, por Greenwood & King (1995), Fonteyn (1998), Greenwood *et al.* (2000), Offredy (2002), entre outros.

Um outro contínuo do processo de prestação de cuidados verificado neste estudo foi o “resolver problemas”, no qual foram identificadas várias sub-estratégias, tais como o identificar situações de cuidados (em que as participantes identificavam situações que requeriam cuidados de enfermagem às utentes nomeando-as ou não); o seleccionar estratégias de intervenção (quando evidenciavam a escolha de uma ou mais acções para fazer face a situações de enfermagem.); o programar acções (se evidenciavam ou sugeriam a intenção ou acção de estabelecer prioridades ou programar cuidados às utentes.); o prevenir complicações (atitudes ou comportamentos das participantes no sentido de evitar ou minimizar riscos acrescidos ou danos nas utentes); e o assegurar a continuidade de cuidados (providenciar ou utilizar informação, escrita ou oral, no sentido de garantir a continuidade na prestação de cuidados durante o internamento ou após a alta hospitalar).

De facto, como nos referem Cheek & Jones (2003) baseando-se num estudo que realizaram, entre as competências necessárias para que os enfermeiros consigam enfrentar os desafios que se lhes colocam no seu quotidiano profissional, está a sua capacidade para resolver problemas. Luker *et al.* (2000), por seu lado, salientam a importância da continuidade dos cuidados nos diferentes locais onde se encontre o utente, incluindo no domicílio.

No que se refere ao contínuo avaliar, foram encontradas estratégias relativas ao acompanhar a evolução da situação da utente ou seja, a comparação, implícita ou explícita, com a informação que as participantes detinham sobre uma situação anterior das utentes relativamente aos problemas ou necessidades destas, denotada através da formulação de juízos comparativos; no que concerne ao avaliar o nível de consciência ou de resposta, ou seja, quando evidenciavam a intenção de acompanhar a evolução do grau de consciência, orientação ou resposta a estímulos por parte da utente; ou verificar a eficácia das intervenções, ou seja, a avaliação do resultado de uma determinada decisão ou intervenção de enfermagem. As estratégias identificadas vão de encontro a uma preocupação frequentemente referida na literatura, a da importância da monitorização e da avaliação da efectividade dos cuidados (Kadman & Brewer, 2001; Hagenow, 2001; Simpson & Keegan, 2002; Higuchi & Donald, 2002; McAllister, 2003, entre outros).

Um outro contínuo que consideramos ser estruturante para o processo de prestação de cuidados ou de tomada de decisão neste estudo é o “intervir”. Este verifica-se quando as participantes identificam situações de cuidados de enfermagem de vária natureza, intervindo subsequentemente ou, por vezes, de modo simultâneo.

Nele foram identificadas algumas estratégias e subestratégias igualmente referidas na literatura, tais como a “reflexão / justificação das intervenções”, “preocupar-se com a utente”, “providenciar reforço positivo” e “lidar com as emoções”.

No que se refere à “reflexão / justificação das intervenções” (raciocínio ou reflexão inerente a qualquer acção de enfermagem, durante ou após a sua realização), algumas vezes não era facilmente perceptível, outras, porém, processavam-se de forma automática e outras ainda, sobretudo perante situações menos bem definidas, as próprias participantes referiam terem agido com base naquilo que lhes tinha parecido mais aconselhado naquele momento e para aquela utente em particular, o que poderá ser interpretado à luz da teoria do processamento de informação de Newell & Simon (1972), analisada por Greenwood (2000) e Taylor (2000), ou pela teoria do esquema

(Offredy, 2002, baseando-se em Marshal, 1995), e que foram abordadas no subcapítulo 2.3. deste estudo.

Uma outra subestratégia incluída em “intervir” é o preocupar-se com as utentes, a qual é reveladora do interesse das participantes pelas utentes, o qual foi expresso, nomeadamente, através de compaixão, empatia, intimidade e envolvimento emocional.

A presença da compaixão no processo de prestação de cuidados, definida neste estudo como sendo - comportamentos ou verbalizações que evidenciassem a preocupação em proporcionar bem-estar e aliviar o sofrimento do utente ou pessoa significativa, ou atendê-lo na sua globalidade -, vai de encontro ao referido frequentemente na literatura de enfermagem como sendo esta uma das características inerentes ao exercício do cuidado profissional (Benner *et al.*, 1996; Benner 2001 e 2002; Gunther & Alligood, 2002, entre outros).

Igualmente, a intimidade e a empatia, ou seja, o relacionamento empático com a utente ou pessoa significativa, de proximidade, de intimidade, de solicitude, de disponibilidade, e de respeito pela individualidade das utentes, estiveram muito presentes, o que, com base nos resultados do estudo de Cutcliffe & Cassedy (1999), poderá significar que foram também identificadas mais necessidades emocionais, resultantes de comportamentos de empatia das enfermeiras.

Por outro lado, ainda na perspectiva destes autores, a empatia faz aumentar o envolvimento emocional, o que também se verificou neste estudo, através de observações ou verbalizações susceptíveis de evidenciar a expressão de sentimentos ou emoções, por parte das enfermeiras relativamente às utentes. De certo modo estes resultados contradizem os de um estudo realizado por Kuijver *et al.* (2001) com base no qual as autoras concluíram que mais de 60% das verbalizações durante o processo de prestação de cuidados era de natureza instrumental, e que, embora a comunicação afectiva tivesse ocorrido, esta não se destinava à exploração intencional dos sentimentos dos utentes através da demonstração de empatia, preocupação ou optimismo.

De facto, no presente estudo, providenciar reforço positivo, ou seja, estimular o optimismo da utente, aumentar-lhe a autoconfiança ou a auto-estima, embora não sendo uma categoria muito frequente, esteve por vezes presente. Contudo, na

perspectiva de Cutcliffe & Cassedy (1999) estas competências poderão ser desenvolvidas e melhoradas através da formação teórica e prática dos enfermeiros.

Por fim, lidar com as emoções foi uma outra subcategoria identificada em “intervir”. Nela foram incluídos registos de observações ou verbalizações reveladoras do modo como as enfermeiras agiam perante as emoções das utentes ou em relação às suas próprias emoções, as quais foram codificadas em “reconhecer emoções”, “lidar com as emoções das utentes” e “controlar as suas emoções”.

No que se refere ao reconhecer as emoções, foram considerados comportamentos ou verbalizações que evidenciassem a identificação, implícita ou explícita, de emoções ou de sentimentos das utentes, por parte das participantes. Verificámos ser esta uma preocupação frequente destas, facto que poderá relevar assim a importância atribuída pelas participantes a esta componente da inteligência emocional no processo de prestação de cuidados de enfermagem, tal como defendem Cutcliffe & Cassedy (1999), Boltton (2000), Scott (2000), Kuijver *et al.* (2001), Bowman (2001) e Skilbeck & Payne (2003).

Relativamente ao lidar com as emoções do utente, ou seja, acções de enfermagem inerentes às emoções ou sentimentos das utentes, identificadas pelas participantes, constituiu uma estratégia igualmente frequente, a par de uma outra subcategoria - o controlar as suas emoções -, considerada neste estudo sempre que fosse evidente o domínio emocional das enfermeiras em ambientes ou situações de cuidados de algum modo stressantes ou emocionantes ou até mesmo em relação ao seu estado emocional em outros momentos.

A presença desta categoria vai assim de encontro ao preconizado por vários autores quando relevam a importância de os enfermeiros possuírem habilidades para identificar e lidar com as emoções (Caruso, 1999; Cobb & Mayer, 2000; Cadman, 2001; Hagenow, 2001; Simpson & Keegan, 2002; Gould, 2003, entre outros).

Após a descrição das principais estratégias inerentes ao modelo de decisão clínica de enfermagem emergente neste estudo, e a sua discussão à luz do estado actual do conhecimento em cada uma delas, faremos a discussão dos dois padrões de decisão ou de prestação de cuidados nele identificados.

## **Padrões de decisão clínica de enfermagem**

Neste estudo, foram identificados e caracterizados dois padrões de decisão clínica de enfermagem: o padrão A, revelador de um processo de prestação de cuidados metódico, personalizado, de intimidade com o utente, rigoroso, atento, solícito, empático, reflexivo, baseado em aspectos da relação de ajuda, envolvente e compassivo, entre outros; e o padrão B, revelador de um processo de prestação de cuidados de carácter mais funcional, centrado na actividade, mais superficial e reduccionista, menos organizado, com um relacionamento mais instrumental, menos comunicativo e menos humano para com o utente, cuja descrição mais pormenorizada foi apresentada no subcapítulo 3.1.3.

Da aplicação destes critérios às participantes no estudo, verificámos que nenhuma delas possuía apenas características do padrão B, podendo tal ser devido ao facto de termos optado pela observação em contextos reais e naturais, em que a frequência com que as estratégias foram observadas e registadas para cada participante foi variável, e em que a multiplicidade e diversidade de situações e de actores poderão porventura ter influenciado as diferentes estratégias cognitivas utilizadas por cada uma das participantes.

Não foram, assim, totalmente controladas as situações de decisão, o que nos impossibilitou, tal como previmos, a comparação inter-participantes quanto ao tipo e intensidade de cada uma das estratégias (categorias) e até mesmo das características de cada um dos padrões, baseados nestas categorias.

Todavia, da nossa observação durante o trabalho de campo, pareceu-nos que as diferenças entre as participantes não se referiam particularmente ao tipo de estratégias cognitivas, mas antes à sua adequação ao contexto, à intensidade, à oportunidade e aos resultados propriamente ditos da sua utilização, aspectos estes que se reportam sobretudo ao produto e à qualidade do processo cognitivo, estando assim fora do propósito deste estudo e, por conseguinte, desajustados dos métodos de colheita de dados utilizados. Confirmámos sim, que a maior parte das estratégias identificadas estiveram presentes em ambos os grupos de participantes.



Como nos referem Radwin (1995, a e b), Lucker *et al.* (2000), Greenwood (2000), Taylor (2000), Girot (2000), Radwin & Fawcett (2002), entre outros, o estudo da decisão clínica em contextos reais, não obstante ser o mais adequado e ecológico, apresenta no entanto algumas limitações, das quais se destacam a variabilidade de situações e de contextos, o seu carácter dinâmico e complexo, bem como a impossibilidade de controlar os fluxos de informação por parte do investigador.

De facto, situações, actores e contextos diferentes requerem, por certo, estratégias distintas para lhes fazer face, por constituírem importantes factores de influência no processo de tomada de decisão clínica de enfermagem (Brooks & Thomas, 1997; Buckingham & Adams, 2000 b; Rapps *et al.*, 2001; King & Clark, 2002; Bucknall, 2003; Seymour *et al.*, 2003).

Além disso, ao termos incluído no grupo ou padrão A as participantes que não apresentassem registos de características do padrão B, e neste, aquelas que, não obstante a presença de registos de características de A, tivessem duas ou mais unidades de registo de características do padrão B, podemos apenas saber, com segurança, que nas participantes do grupo A não foram observadas características de B.

No entanto, o conhecimento que adquirimos de cada participante durante o relativamente longo período de observação, bem como a validação por um outro investigador da inclusão de cada participante, de forma anónima, em cada um dos padrões, terá de algum modo assegurado a efectiva diferença entre estes dois grupos.

Assim, a identificação destes dois padrões permitiu-nos posteriormente estudar a sua relação com padrões de habilidade cognitiva de pensamento crítico, de pensamento criativo e de inteligência emocional diferenciais.

#### **4.2. PADRÕES DE HABILIDADE COGNITIVA DAS PARTICIPANTES**

Neste estudo, os padrões de habilidade cognitiva foram obtidos a partir dos resultados dos testes psicométricos utilizados para a avaliação de cada uma das variáveis independentes, pelo que procederemos à sua discussão de modo separado.

## **Pensamento crítico**

Relativamente à variável pensamento crítico, avaliado pelo instrumento Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal, Forma A, de Watson & Glaser (1980), verificámos que as participantes neste estudo obtiveram uma pontuação ligeiramente inferior aos valores constantes das normas para este teste na sua versão original, o mesmo se tendo verificado no grupo de professores a quem se efectuou o pré-teste.

Tal facto, poderá dever-se ao nível de dificuldade referido pelas participantes relativamente ao conteúdo do teste. Todavia o ter-se verificado um desvio-padrão inferior poderá significar uma maior homogeneidade entre as participantes deste estudo.

Ao serem agrupadas as participantes nos dois padrões de decisão clínica de enfermagem, A e B, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para a subescala “Dedução” ( $t = -2.087$ ;  $gl = 25$ ;  $p = 0.047$ ,  $<0.05$ ), ao contrário da globalidade do teste e restantes subescalas. Uma maior pontuação média na Globalidade e nas subescalas “Inferência”, “Dedução” e “Avaliação de Argumentos” foi constatada no Grupo B. Nas subescalas “Identificação de Pressupostos” e “Interpretação” foram as participantes do Grupo A que obtiveram uma média ligeiramente superior.

Estes dados, em parte, não nos surpreenderam por terem sido observadas correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas a um nível de confiança de 95% entre as subescalas “Identificação de Pressupostos” e “Interpretação” ( $r=0.434$ ;  $p=0.024$ ), e “Dedução” e “Avaliação de Argumentos” ( $r=0.432$ ;  $p=0.025$ ).

No entanto, a ausência de significância estatística entre as médias dos dois grupos não nos permite tirar grandes ilações destes resultados, com excepção da subescala “Dedução”, em relação à qual verificámos a existência de diferenças favoráveis às participantes incluídas no Grupo B.

Tendo em consideração que, de acordo com Duchscher (1999), a identificação de pressupostos é uma componente central do pensamento crítico e, por conseguinte, do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, não nos surpreende também o

facto de as participantes do grupo A apresentarem pontuações mais elevadas nesta componente.

Estes resultados deverão ser, contudo, considerados com alguma reserva, dada a dimensão da amostra e dado que não efectuámos a aferição nem a validação do teste para a população portuguesa, embora a exploração da consistência interna do instrumento tenha revelado valores de alfa do Cronbach de 0.56 e do alfa normalizado de 0.57 para a sua globalidade, valores estes que nos permitem, com alguma segurança, considerar a fiabilidade do instrumento, tendo em consideração os objectivos deste estudo.

Deste modo, embora não generalizáveis, estes resultados colocam algumas questões acerca da relação entre a habilidade de pensamento crítico e o processo de decisão nos cuidados de enfermagem, sugerindo não constituir esta a competência que mais diferencia os padrões de decisão clínica de enfermagem, mais ou menos individualizados, que foram identificados neste estudo.

Não obstante, alguns autores salientam a importância do pensamento crítico para o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem (Alfaro-LeFevre, 1997; O'Neil & Dluhy, 1997; Shin, 1998; Girot, 2000; Rapps *et al.*, 2001; e Martin, 2002). Todavia, outros recomendam mais estudos no sentido de melhor esclarecer esta relação (Daly, 1998, 2001; Chenoweth, 1988; Duchscher, 1999; Scheffer & Rubenfeld, 2000; Martin, 2002; Seymour *et al.*, 2003).

Outros, como por exemplo Daly (1998 e 2001), Adams *et al.* (1999), Angel *et al.* (2000), Rapps *et al.* (2001) e Seymour *et al.* (2003) colocam algumas reticências acerca da validade e fidelidade dos instrumentos de medida das habilidades de pensamento crítico, e outros ainda questionam a sua sensibilidade e especificidade, referindo a necessidade de utilização de instrumentos específicos para a enfermagem (Maynard, 1996; Duchscher, 1999; Girot, 2000; Rapps *et al.*, 2001; e Profetto-McGrath, 2003).

## **Pensamento criativo**

No que se refere ao pensamento criativo, a sua avaliação foi efectuada através do teste “Pensando Criativamente, Versão A - Forma Verbal”, traduzido e aferido para Portugal por Oliveira (1992).

Neste estudo, as participantes apresentaram valores médios um pouco superiores aos verificados por Oliveira (1992), na totalidade e nas dimensões Fluência (habilidade para produzir um elevado número de ideias) e Originalidade (aptidão para produzir ideias únicas ou não usuais), o que poderá ser explicado pelo facto de a idade e nível de formação das enfermeiras se verificarem superiores aos participantes naquele estudo. No que se refere à Flexibilidade (capacidade para pensar em diferentes ideias) os valores revelaram-se um pouco inferiores, podendo estar relacionado com o facto de, não obstante o maior nível de formação e experiência, esta ocorrer numa área específica do conhecimento - a enfermagem.

Os valores do desvio padrão, inferiores naquelas duas variáveis ou muito aproximado na Flexibilidade, poderão significar uma maior homogeneidade das participantes neste estudo, relativamente à verificada no estudo realizado por Oliveira (1992).

Quando comparados os dois grupos de padrões de decisão clínica de enfermagem, verificámos que as participantes incluídas no Grupo B obtiveram *scores* médios, nas três componentes e na globalidade, um pouco mais elevados do que as do grupo A, embora não estatisticamente significativos.

Estes resultados, embora não generalizáveis, surpreendem-nos, de algum modo, uma vez que seria de esperar que as participantes incluídas no grupo A, pelas características do processo de prestação de cuidados mais conforme com os atributos de boa prática, possuíssem maiores níveis de criatividade, dada a importância desta para a prática clínica de enfermagem (Berg *et al.*, 1994; Jacono & Jacono, 1996; Pesut & Herman, 1999; Le Vasseur, 1999; Le Sorti *et al.*, 1999; Watson, 1999; Wainwright, 2000; Gregory, 2001; Hall, 2001; Cohen, 2002; Doane, 2002; Feldman, 2002; McNichol, 2002; Kalischuk & Thorpe, 2002; Castledine, 2003; Bolton, 2003; Edward, 2003; Fasnacht, 2003; McAllister, 2003; entre outros).

Todavia, segundo Benner (1984), Benner *et al.*, (1996) e Bishop & Scuder (1997) a criatividade está mais relacionada com os níveis de maior desenvolvimento de competências e com a experiência, o que não se verifica na maior parte das participantes neste estudo, cujos valores médios e medianos de antiguidade profissional foram relativamente baixos, embora de valor semelhante em ambos os grupos (média - A:3,57 e B:3,62; mediana - A:3,00 e B:3,00 anos).

Da análise das correlações entre as três variáveis pudemos verificar valores que revelam forças de correlação entre moderadas a elevadas e estatisticamente significativas a um nível de significância de 1% ( $p = 0,01$ ), sobretudo no que se refere à Fluência e à Originalidade ( $r = 0,886$ ;  $p = 0,000$ ), o que poderá explicar os níveis mais elevados das participantes nestas duas componentes da criatividade, quando comparados com os resultados obtidos por Oliveira (1992).

A análise da consistência interna do teste, verificada pelos coeficientes de fiabilidade de  $\alpha$  de Cronbach e de  $\alpha$  normalizado, permitiu concluir pela existência de valores de  $\alpha$  semelhantes aos encontrados por Oliveira (1992), tendo-se confirmado a consistência interna do Instrumento (valor mínimo de  $\alpha$  e  $\alpha$  normalizado, 0,63 e 0,65, respectivamente, na variável originalidade).

Ainda assim, a interpretação destes resultados deverá considerar o alerta de Torrance (1988) ao referir que a concepção acerca da natureza da criatividade, tal como manifestada através dos testes de criatividade, é de certo modo limitada, porque os esforços para a avaliar têm sido muito baseados na visão lógica e racional do pensamento da criatividade, tendo sido dada pouca atenção à avaliação da criatividade supra-racional, apesar de o autor não a considerar contrária à razão.

### **Inteligência emocional**

A inteligência emocional foi, neste estudo, determinada através da aplicação de todas as escalas do instrumento Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) de Mayer-Salovey-Caruso (1997), as quais pretendem avaliar, separadamente, as componentes perceber e identificar emoções, assimilar e utilizar as emoções, compreender emoções, e gerir emoções.

Os *scores* obtidos correspondem, na maior parte dos casos, aos níveis médio e elevado da classificação apresentada por Caruso (1999), a qual constituiu a referência para a interpretação dos resultados do teste MEIS.

Estes níveis de inteligência emocional poderão ser explicados, pelo menos em parte, pelo facto de as participantes serem oriundas da mesma Escola Superior de Enfermagem, pela homogeneidade dos seus currícula de formação, os quais se orientam por um paradigma humanista em que os valores humanos, a relação de ajuda, e a comunicação interpessoal constituem alicerces importantes, bem como, ainda, devido à valorização que é atribuída nos locais de trabalho a tais princípios e valores. Estes resultados vão assim de encontro aos verificados por Schutte *et al.* (2001), os quais demonstram, por sua vez, congruência com os de Mayer *et al.* (1999) e evidenciam a relação de tais aspectos e a inteligência emocional. De facto, segundo Goleman (1995 e 1998), Cobb & Mayer (2000), Kaschub (2002) e Hein (2002 e 2004), entre outros, as habilidades de inteligência emocional podem desenvolver-se através da formação.

No entanto, quando comparados os dois grupos de padrões de decisão clínica de enfermagem, e apesar de nem sempre se terem verificado diferenças estaticamente significativas, as participantes incluídas no Grupo A apresentaram *scores* médios e medianos mais elevados, na globalidade do teste e nas subescalas do mesmo, “perceber e identificar emoções”, “utilizar emoções”, e “compreender as emoções”. O contrário se verificou relativamente à subescala “gerir as emoções”, em que foram as participantes incluídas no grupo B que obtiveram uma ligeira diferença (62.21 e 64.69, respectivamente).

Com efeito, os *scores* mais elevados no Grupo A naquelas dimensões vão de encontro aos resultados obtidos por Lam & Kirby (2002), em que a inteligência emocional na sua globalidade, e em particular as componentes “perceber emoções” (definida naquele estudo como reconhecer a presença e interpretar o significado de vários estados emocionais) e “regular emoções” (controlar as suas emoções e as dos outros) contribuem positivamente para o desempenho de actividades cognitivas, tais como são, em nossa opinião, a maior parte das inerentes ao processo de decisão clínica de enfermagem.

De salientar que, especificamente no que se refere à componente “perceber e identificar as emoções” (habilidade para reconhecer o quanto a pessoa e os que nos rodeiam estão a sentir), a maior pontuação verificada no grupo A deve-se sobretudo à componente reconhecimento de emoções através da observação de “faces” - média do Grupo A = 69.21 e a do grupo B = 63.23. Na componente “histórias” as médias foram, contudo, equivalentes (84.43 e 84.48, respectivamente).

Estes resultados vão de encontro ao referido por Caruso (1999), Cobb & Mayer (2000) e Hein (2002 e 2004), quando salientam que a capacidade para identificar emoções nas faces é uma característica muito importante da inteligência emocional, sendo, por conseguinte, mais concordante com as características das participantes do grupo A deste estudo.

Na componente “assimilar e utilizar as emoções” (habilidade para gerar emoções e raciocinar com elas) foram igualmente as participantes do grupo A que obtiveram *scores* mais elevados nas medidas de tendência central, com particular destaque para a mediana (A: 78,5; B: 67,0), o que poderá sugerir uma maior dificuldade das enfermeiras com características do padrão de decisão B para raciocinarem sob determinados estados emocionais e sentimentais, tais como os de felicidade, nervosismo, orgulho, embaraço, entre outros.

No que se refere à componente “compreender as emoções” (habilidade para perceber emoções complexas e cadeias emocionais, e o como as emoções transitam de um estágio para outro), cuja pontuação corresponde à soma dos valores obtidos pelas participantes nas partes “definições” e “perspectivas”, salientamos que esta diferença se deve sobretudo à componente “perspectivas”, onde se verificou maior diferença entre as médias - Grupo A = 64.64 e Grupo B = 60.00. As médias obtidas em “definições” foram as seguintes: Grupo A = 68.50 e Grupo B = 69.92, havendo no entanto uma diferença acentuada no desvio-padrão entre estes dois grupos (13.61 e 21.85, respectivamente).

Com base em Caruso (1999), estes resultados poderão revelar, de algum modo, uma maior preparação das participantes do Grupo A para conhecer as pessoas sob diferentes pontos de vista, e uma maior heterogeneidade entre as participantes do grupo B no que se refere à capacidade para experimentarem sentimentos conflitantes em certas situações.

Relativamente à componente “gerir as emoções” (habilidade que nos permite gerir as nossas emoções e as dos outros), constatou-se uma ligeira diferença nos valores médios e medianos, favoráveis ao grupo B, o que poderá ir de encontro aos resultados do estudo efectuado por Bachman *et al.* (2000), no qual foi verificado que os profissionais com níveis mais elevados de inteligência emocional apresentavam melhor desempenho profissional, com excepção para a componente empática, o que, para os autores, níveis elevados de empatia podem conduzir a uma simpatia prejudicial e a uma excessiva identificação com o utente, deixando o profissional mais vulnerável.

Ainda no que se refere à pontuação obtida na totalidade do teste MEIS, constatámos que a diferença entre as médias dos dois grupos foi estatisticamente significativa pela aplicação do teste t de Student ( $t = 2.117$ ; 17 gl;  $p=0.05$ ), para os valores compreendidos entre mais ou menos um desvio-padrão (19 participantes) e bastante significativo ( $p=0,002$ ) para os valores situados entre o segundo e o terceiro quartil (14 participantes), revelador da importância da inteligência emocional para o processo de prestação de cuidados ou de decisão clínica na enfermagem (Cadman & Brewer, 2001; Hajenow, 2001; Simpson & Keegan, 2002; Gould, 2003; Strickland, 2003) e uma competência chave para aqueles que têm como objecto de trabalho quotidiano as pessoas (Caruso, 1999; Cobb & Mayer, 2000).

#### **4.3. PADRÕES DE HABILIDADE COGNITIVA E PADRÕES DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM**

Como anteriormente referimos, as participantes do Grupo B obtiveram valores da média, da mediana e do desvio-padrão superiores nos testes de avaliação do pensamento crítico e pensamento criativo, ao contrário das do Grupo A que na componente inteligência emocional, obtiveram valores superiores naqueles três parâmetros estatísticos.

Não obstante a diferença entre as médias de cada um dos dois grupos, no que concerne o *score* total de cada instrumento, nem sempre se ter verificado estatisticamente significativa quando consideradas todas as participantes de cada



grupo, estes resultados sugerem, todavia, a existência de, pelo menos, dois tipos de padrões de habilidades cognitivas.

Assim, e no que concerne o problema de investigação formulado no presente estudo, ou seja, que relação existe entre padrões de habilidade cognitiva de pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional e o processo de decisão clínica de enfermagem, podemos concluir, a partir da análise qualitativa e quantitativa dos dados provenientes das diferentes técnicas utilizadas, pela existência de dois padrões de habilidades cognitivas aparentemente distintos, sendo um deles caracterizado pela existência de níveis mais elevados de pensamento crítico e pensamento criativo, e menores índices de inteligência emocional, verificado no Grupo B, e um outro apresentando níveis menos elevados de pensamento crítico e de pensamento criativo e maiores níveis de inteligência emocional, característico do grupo A.

A natureza de tais padrões suscita-nos algumas interrogações, particularmente no que se refere à ligação entre habilidades de pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional ou outros aspectos afectivos ou sentimentais, referidos na literatura como estando positivamente interrelacionados (Benner *et al.*, 1996; Glen, 1998; Caruso, 1999; Fonseca, 1999; Morais, 1999; Le Vasser, 1999; Forgas, 2000; Cobb & Mayer, 2000; Frankish, 2000; De La Torre, 2000 e 2003; Csikszentmihalyi, 2000; Bowman, 2001; McNichol, 2002; Bolton, 2003, entre outros).

No entanto, uma vez que as participantes incluídas no grupo B apresentaram, igualmente, características das do grupo A, ao contrário das do grupo A, que não apresentaram características das do grupo B, interrogamo-nos se estes padrões não seriam mais evidentes e estatisticamente significativos, se de amostras maiores e grupos mais dicotómicos se tratasse.

Uma correlação positiva fraca a moderada, embora estatisticamente não significativa foi, além disso, verificada, entre os valores globais obtidos pelas participantes no teste para avaliação do pensamento criativo e pensamento crítico ( $r = 0.343$ ;  $p = 0.08 > 0.05$ ), a qual poderá em parte explicar os dois padrões diferenciais anteriormente referidos.

Estes resultados vão assim de encontro ao referido por Pesut & Herman (1998 e 1999), Chenoweth (1998), Daly (1998), Adams (1999), May *et al.* (1999), Le Storti *et*

*al.* (1999), Hansten & Washburn (1999), Doane (2002), Cohen (2002), Edwards (2003), Seymour *et al.* (2003), McAllister (2003), Fasnacht (2003) e Staib (2003), ao considerarem que o pensamento crítico incorpora tanto aspectos criativos como racionais.

Relativamente à hipótese do nosso estudo, ou seja, a de que os padrões de tomada de decisão clínica de enfermagem variam em função de padrões de habilidade cognitiva diferenciais, verificámos genericamente a existência de diferenças entre as médias dos *scores* obtidos pelas participantes dos grupos A e B de Padrões de Decisão Clínica de Enfermagem.

No que se refere à variável inteligência emocional, tais diferenças mostraram-se estatisticamente significativas para os valores compreendidos entre mais ou menos um desvio-padrão (19 participantes;  $t = 2.117$ ; 17 gl;  $p=0.05$ ), ou quando agrupados segundo valores superiores e inferiores ou iguais à mediana ( $\chi^2$  com correcção de Yates = 4,52; gl=1;  $p=0,03$ ). Consideramos, portanto, existir suporte à nossa hipótese de investigação, particularmente no que concerne a existência de padrões diferenciais de decisão clínica de enfermagem que correspondem a distintos padrões de habilidade cognitiva de pensamento crítico, de pensamento criativo e de inteligência emocional.

Evidencia-se ainda a existência de uma relação moderada entre pensamento crítico e pensamento criativo, tal como referido na literatura. A presença de níveis mais elevados destas habilidades entre as participantes do grupo B poderá significar que tais habilidades, por si só, não parecem revestir-se de valor discriminatório positivo para o padrão de decisão clínica de enfermagem, ao contrário da inteligência emocional.

#### **4.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Apesar de, no desenvolvimento deste estudo, termos tido uma preocupação permanente em assegurar o máximo de rigor científico e metodológico, sabemos, todavia, que algumas limitações ainda poderão prevalecer, aconselhando por isso a sua consideração.

Uma dessas limitações poderá relacionar-se com o facto de este estudo ter decorrido em contextos clínicos naturais, apesar do cuidado que tivemos na preparação e aproximação ao campo (cf. capítulo 2.7.), procurando, assim, assegurar a sua validade ecológica e ultrapassar algumas das possíveis desvantagens das técnicas utilizadas, designadamente, a gravação concorrente das verbalizações das participantes durante o processo de prestação de cuidados.

Uma outra limitação a considerar poderá ser a inerente à técnica utilizada para a captação das estratégias de raciocínio das participantes. Embora alguns autores assegurem que a verbalização concorrente do pensamento não influencia a sequência do raciocínio (Ericson & Simon, 1993; Fonteyn, 1998; Greenwood *et al.*, 2000), a preocupação inicial das participantes em se manterem a pensar alto poderá, de algum modo, nele ter tido alguma interferência. Igualmente a gravação áudio dos protocolos e entrevistas poderá ter gerado alguma inibição inicial, influenciando o raciocínio das participantes, aliás como foi referido por algumas delas.

Não obstante estas limitações, julgamos ter assegurado o rigor, a validade e a fidelidade dos resultados produzidos, e obtido resposta ao nosso problema de investigação.

Todavia, no sentido de melhor consolidar e complementar estes resultados, pensamos ser oportuno realizar um estudo sobre o mesmo tema, com utilização de metodologia semelhante, em unidades de dois hospitais diferentes, que utilizem quadros de referência de enfermagem ou métodos de prestação de cuidados distintos, para verificação da sua relação com padrões de decisão clínica de enfermagem diferenciais.

## 5. CONCLUSÃO

Não obstante a existência de uma considerável literatura sobre o processo de decisão clínica de enfermagem, sobretudo em países anglófonos, a mesma nem sempre se reporta a trabalhos de investigação empírica, realizados em contextos clínicos reais, com utilização de métodos naturalísticos. Cientes deste facto e da relevância que a compreensão da decisão clínica de enfermagem se reveste, tanto para os enfermeiros como para a qualidade dos cuidados prestados aos utentes, desenvolvemos o presente estudo.

A contextualização do problema permitiu uma percepção mais aprofundada da importância do estudo, a delimitação do problema, a formulação de perguntas de partida e a definição de objectivos, bem como a situação do problema no contexto da investigação em enfermagem, nacional e internacional.

O enquadramento teórico, efectuado com base nos conceitos inerentes ao problema, permitiu-nos fazer referência às principais teorias e métodos de estudo utilizados nesta área, a opiniões de autores conceituados e a trabalhos desenvolvidos, situando o nosso problema de investigação no estágio actual do conhecimento.

Assim, pudemos verificar que as teorias do processamento da informação e da análise da decisão e as simulações de casos clínicos continuam, ainda, a ser as mais utilizadas no estudo das diferentes áreas da decisão e que os métodos qualitativos tais como a teoria enraizada (*grounded theory*), a fenomenologia e a etnografia, e as técnicas de observação participante, de obtenção de protocolos de verbalização do pensamento em contextos naturais e, sobretudo, as triangulações múltiplas têm sido progressivamente incrementados. Tivemos igualmente a oportunidade de verificar diferentes pontos de vista sobre o processo de tomada de decisão, designadamente acerca da sua equivalência ao processo de prestação de cuidados, englobando, assim, o julgamento e a decisão.

No que se refere aos factores susceptíveis de influenciar o processo de decisão clínica de enfermagem, não obstante serem ainda desconhecidos os seus contributos parciais e as metodologias utilizadas desaconselharem a sua generalização, verificámos algum consenso na literatura acerca de alguns deles, nomeadamente o

pensamento crítico, o pensamento criativo e outros factores de natureza emocional e afectiva, como por exemplo a inteligência emocional.

O paradigma e as metodologias utilizadas neste trabalho pareceram-nos adequados e satisfizeram a finalidade prevista. O rigor, a validade e a fidelidade dos dados foi por nós assegurada, não obstante algumas limitações, das quais destacamos o tamanho da amostra, particularmente em relação à parte quantitativa, e a não generalização dos resultados.

Após a organização, análise e discussão dos resultados obtidos através da análise do conteúdo das notas de campo, dos protocolos de verbalização concorrente do pensamento, das entrevistas e dos testes utilizados na avaliação do pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional, aplicados a vinte e sete enfermeiras de três unidades de medicina de um Hospital Português, chegámos às conclusões que se seguem.

Do processo de decisão clínica de enfermagem fazem parte, basicamente, cinco grandes categorias de estratégias inerentes ao pensamento das participantes, as quais ocorrem de modo contínuo, interrelacionado e dinâmico, o que está de acordo com os modelos mais recentemente encontrados na literatura, particularmente no que se refere à concomitância, à interactividade e ao carácter contínuo (em vez de gradual, por etapas) do raciocínio, à sua não focalização apenas em problemas, ao seu carácter mais circular e fluido, à visão global do utente e à previsão dos resultados. Assemelha-se, sobretudo, aos modelos baseados na teoria do contínuo de Hammond (1988), descritos na primeira parte deste estudo, cujas abordagens sistemático-positivista, assente na teoria do processamento de informação de Newel & Simon, e intuitivo-humanista, representada pelos trabalhos de Benner, situam-se nos pólos extremos de um contínuo cognitivo, sendo revelador de que o processo de tomada de decisão clínica na enfermagem é, na maior parte das vezes, uma combinação de fases no processo de raciocínio analítico e intuitivo, dependendo do nível de estruturação da actividade, da informação disponível e do tempo que os enfermeiros dispõem para julgar e decidir, tal como referem Thompson & Dowding (2002).

O modelo que emerge deste estudo aponta, assim, no sentido da existência de um padrão geral de processo de tomada de decisão que, entendido no sentido mais amplo do processo de prestação de cuidados, inclui o julgamento e a decisão. Todavia, o

modelo de classificação proposto por Buckingham & Adams (2000 a e b) nem sempre se mostrou evidente, pelo que a sua pretensa designação de modelo explicativo geral daqueles processos carece ainda, do nosso ponto de vista, de melhor fundamentação empírica.

Apresentando um carácter contínuo e global, este modelo descreve, ao que sabemos, pela primeira vez, aquele processo a partir de contextos reais e por métodos naturalísticos, tais como a observação, a entrevista etnográfica e a gravação concorrente da verbalização do pensamento durante a interacção com as utentes, no processo de prestação de cuidados.

Dos componentes do modelo de decisão proposto, salientam-se, pela sua frequente presença, importância e interdependência, dois contínuos permanentes, “interagir” e “intervir”, os quais, por sua vez possibilitam três outros contínuos: “conhecer o utente”, “resolver problemas” e “avaliar”.

No que se refere ao contínuo “interagir”, verificámos que, durante o processo de prestação de cuidados, as enfermeiras estão permanentemente a interagir com o utente ou pessoa significativa, colhendo continuamente informação, identificando problemas, necessidades ou potencialidades, intervindo, avaliando e reavaliando as situações. Consoante as características individuais de cada utente, intervêm, estimulando as utentes, questionando, avaliando o seu nível de resposta, num ciclo de processamento de informação e decisão que engloba várias estratégias cognitivas. Uma vez, iniciam pela relação e permanecem a comunicar com as utentes enquanto intervêm, outras começam pela intervenção e mantêm o relacionamento.

Durante este processo, e de modo frequente, procuram criar condições ambientais e facilitadoras da relação, que promovam o bem-estar das utentes ou evitem o agravamento da sua situação e atendem familiares de utentes, ou outras pessoas que se dirigem à unidade.

O estabelecimento de relação constituiu, neste estudo, o motivo principal da interacção com as utentes, dependendo esta relação da situação particular de cada utente, designadamente, do seu nível de consciência e do seu estado emocional, entre outros. Igualmente verificámos que durante a interacção com as utentes, independentemente do contexto, umas vezes de modo programado, outras no decurso

das intervenções, as enfermeiras têm a preocupação de fazer ensino às utentes sobre aspectos da sua saúde e de prestar esclarecimentos sobre um qualquer aspecto inerente ao cuidado. Também o informar, o orientar e o obter o consentimento das utentes (implícito ou explícito) faz parte do contínuo interactivo com estas, bem como estimulá-las (sobretudo as mais idosas, menos activas ou possuidoras de perturbações do nível de consciência) e incrementar a sua participação nos cuidados. Igualmente, reforçar o poder de decisão das utentes, respeitando a sua opinião ou preferência, ou combinar algo com estas, validando a sua anuência, foram evidentes no decurso do presente estudo. Ainda o confortar ou tranquilizar as utentes e promover a sua distração, provocando o seu sorriso através do humor, constituíram estratégias incluídas em “interagir”.

Relativamente ao contínuo “intervir”, fortemente interligado, como referimos, com o “interagir”, constatámos que este ocorre quando as participantes identificavam situações de cuidados de enfermagem de vária natureza, intervindo subsequentemente ou, por vezes, de modo simultâneo.

Nele foram identificadas algumas estratégias e subestratégias igualmente referidas na literatura, tais como a “reflexão / justificação das intervenções”, que algumas vezes não era verbalizada pelas participantes, processando-se tais intervenções de forma automática; o “preocupar-se com as utentes”, reveladora do interesse das participantes pelas utentes, tendo sido expressa, nomeadamente, através de compaixão, de empatia, de intimidade e de envolvimento emocional das enfermeiras; o “providenciar reforço positivo”, incutindo optimismo nas utentes, aumentando-lhe a autoconfiança ou a auto-estima, embora não sendo uma categoria muito frequente; e o “lidar com as emoções”, na qual incluímos o reconhecimento de emoções e o lidar com as emoções das utentes e as das próprias enfermeiras.

O “conhecer a utente”, neste estudo, constituiu um dos aspectos centrais do processo de prestação de cuidados, do qual depende grande parte da sua individualidade, qualidade, segurança e efectividade.

Entre as estratégias mais frequentes e importantes utilizadas pelas participantes para conhecer as utentes está o “obter informação adicional”, adquirida através de um conjunto de sub-estratégias, por vezes simultâneas, que decorrem durante a relação com a utente ou durante a intervenção, tais como identificar e procurar informação relevante, reconhecer padrões, observar, palpar, questionar, escutar, monitorizar e consultar registos. Outras estratégias foram ainda identificadas como fazendo parte do contínuo “conhecer o utente”, como por exemplo, “relacionar informação”, “interpretar informação”, “formular hipóteses” e “inferir ou formular juízos”.

Um outro contínuo do processo de prestação de cuidados verificado neste estudo foi o “resolver problemas”, no qual foram identificadas várias sub-estratégias, como identificar situações de cuidados, seleccionar estratégias de intervenção, programar acções, prevenir complicações e assegurar a continuidade de cuidados durante o internamento ou após a alta hospitalar.

Por último, e no que se refere ao contínuo “avaliar”, foram encontradas estratégias relativas ao acompanhar a evolução da situação da utente (o estabelecimento de comparação, implícita ou explícita, com a informação que as participantes detinham sobre uma situação anterior das utentes, denotada através da formulação de juízos comparativos), no que concerne o avaliar o nível de consciência ou de resposta (ou seja, quando evidenciavam a intenção de acompanhar a evolução do grau de consciência, orientação ou resposta a estímulos por parte da utente), e no verificar a eficácia das intervenções, ou seja, na avaliação do resultado de uma determinada decisão ou intervenção de enfermagem.

Relativamente aos padrões de decisão clínica de enfermagem, neste estudo, foram identificados e caracterizados dois padrões: o padrão A, revelador de um processo de prestação de cuidados metódico, personalizado, de intimidade com o utente, rigoroso, atento, solícito, empático, reflexivo, baseado em aspectos da relação de ajuda, envolvente e compassivo; e o padrão B, revelador de um processo de prestação de cuidados de carácter mais funcional, centrado na actividade, mais



superficial e reduccionista, menos organizado, com um relacionamento mais instrumental, menos comunicativo e menos humano para com o utente.

A identificação destes dois padrões permitiu-nos a sua posterior comparação com padrões de habilidade cognitiva de pensamento crítico, de pensamento criativo e de inteligência emocional diferenciais, os quais foram obtidos a partir dos resultados dos testes psicométricos utilizados para a avaliação de cada uma destas habilidades.

Assim, em relação à variável pensamento crítico, verificámos, entre os grupos A e B, diferenças estatisticamente significativas para a subescala “dedução”, ao contrário da globalidade do teste e restantes subescalas. Uma maior pontuação média na globalidade e nas subescalas “inferência”, “dedução” e “avaliação de argumentos” foi constatada no grupo B. Nas subescalas “identificação de pressupostos” e “interpretação” foram as participantes do grupo A que obtiveram uma média ligeiramente superior. Foram igualmente observadas correlações positivas moderadas e estatisticamente significativas a um nível de confiança de 95% entre as subescalas “identificação de pressupostos” e “interpretação” e entre “dedução” e “avaliação de argumentos”.

No que concerne o pensamento criativo, foram encontrados valores médios um pouco superiores aos verificados por Oliveira (1992), na totalidade e nas dimensões “fluência” e “originalidade”. Quando comparados os dois grupos de padrões de decisão clínica de enfermagem, verificámos que as participantes incluídas no Grupo B obtiveram *scores* médios um pouco mais elevados do que as do grupo A, embora não estatisticamente significativos. Estes resultados surpreendem-nos, de algum modo, uma vez que seria de esperar que as participantes incluídas no grupo A, pelas características do processo de prestação de cuidados mais conforme com os atributos de boa prática, possuíssem maiores níveis de criatividade, dada a importância desta para a prática clínica de enfermagem.

A análise da consistência interna do teste foi confirmada pelos valores dos coeficientes de fiabilidade de  $\alpha$  de Cronbach e de  $\alpha$  normalizado obtidos.

Relativamente aos *scores* obtidos na variável inteligência emocional, estes corresponderam, na maior parte dos casos, aos níveis médio e elevado da classificação apresentada por Caruso (1999).

No entanto, quando comparados os dois grupos, verificámos que as participantes incluídas no grupo A apresentaram *scores* médios e medianos mais elevados, na globalidade do teste e nas subescalas do mesmo “perceber e identificar emoções”, “utilizar emoções”, e “compreender as emoções”. O contrário se verificou relativamente à subescala “gerir as emoções”. A maior pontuação verificada no grupo A na componente “perceber e identificar as emoções”, deveu-se sobretudo à componente reconhecimento de emoções através da observação de “faces”.

No que se refere à componente “compreender as emoções”, salientamos que esta diferença se deve à componente “perspectivas”, onde se verificou maior diferença entre as médias, o que poderá revelar, de algum modo, uma maior preparação das participantes do grupo A para conhecer as pessoas sob diferentes pontos de vista.

A constatação de uma ligeira diferença nos valores médios e medianos, favoráveis ao grupo B, na componente “gerir as emoções”, poderá significar que as participantes com níveis mais elevados de inteligência emocional apresentam melhor desempenho profissional, com excepção para a componente empática, na qual a presença de níveis elevados pode, segundo estudos anteriores, induzir uma excessiva identificação com o utente.

Em relação à pontuação obtida na totalidade do teste MEIS, constatámos que a diferença entre as médias dos dois grupos foi estatisticamente significativa, para os valores compreendidos entre mais ou menos um desvio-padrão.

Quando comparados os padrões relativos a cada uma destas variáveis e os de decisão clínica de enfermagem identificados neste estudo, verificámos a existência de dois padrões de habilidades cognitivas aparentemente distintos, sendo um deles caracterizado pela existência de níveis mais elevados de pensamento crítico e pensamento criativo, e menores índices de inteligência emocional, verificado no Grupo B, e um outro apresentando níveis menos elevados de pensamento crítico e de pensamento criativo e maiores níveis de inteligência emocional, característico do grupo A.

Relativamente à hipótese do nosso estudo, verificámos genericamente a existência de diferenças entre as médias dos *scores* obtidos pelas participantes dos grupos A e B de Padrões de Decisão Clínica de Enfermagem.

No que se refere à variável inteligência emocional, tais diferenças mostraram-se estatisticamente significativas para os valores compreendidos entre mais ou menos um desvio-padrão, ou quando agrupados segundo valores superiores e inferiores ou iguais à mediana.

Concluimos, assim, pela existência de suporte à nossa hipótese de investigação, particularmente no que concerne a existência de padrões diferenciais de decisão clínica de enfermagem que correspondem a distintos padrões de habilidade cognitiva de pensamento crítico, de pensamento criativo e de inteligência emocional.

Evidencia-se ainda uma relação moderada entre pensamento crítico e pensamento criativo, tal como referido na literatura.

Todavia, a presença de níveis mais elevados destas habilidades entre as participantes do grupo B poderá significar que tais habilidades, por si só, não parecem revestir-se de valor discriminatório positivo para o padrão de decisão clínica de enfermagem, ao contrário da inteligência emocional.

Julgamos que estes resultados têm implicações aos níveis da prestação de cuidados de enfermagem, da gestão, da formação e da investigação. Além disso poderão contribuir para o desenvolvimento de sistemas de informação, de documentação e de apoio à decisão e formação na enfermagem, e como referência para a formação inicial ou contínua dos enfermeiros nesta área.

Assim, sugerimos que ao nível da *prestação de cuidados e da gestão*, sejam proporcionados aos enfermeiros contextos facilitadores da relação, de maior tempo de contacto e de intimidade com os utentes, visando um conhecimento mais profundo destes, designadamente através da implementação de métodos de organização e de prestação de cuidados mais centrados no utente, horários de trabalho que assegurem uma maior continuidade de cuidados, a atribuição de utentes com base não apenas no seu nível de dependência em cuidados físicos mas igualmente em necessidades

emocionais e relacionais, na complexidade, no nível de estruturação e na velocidade de transformação dos problemas. Igualmente sugerimos uma maior reflexão sobre as práticas de cuidados e a utilização, por parte dos enfermeiros, de estratégias que visem o desenvolvimento das suas habilidades cognitivas, designadamente as de inteligência emocional.

Além disso, deverão ser asseguradas, no processo de integração dos novos profissionais, as condições para uma progressão sustentada em direcção ao seu nível de competência máximo tendo em conta a individualidade dos enfermeiros e as especificidades de cada nível, procurando integrar nas suas práticas os resultados das suas experiências e os conhecimentos adquiridos, estimulando a sua capacidade de relação, de observação, de pensamento crítico, de pensamento criativo, de inteligência emocional, bem como do processo de decisão clínica de enfermagem contínuo, com valorização do raciocínio clínico e intuitivo.

Relativamente aos *sistemas de informação e documentação de enfermagem*, estes devem contemplar a prestação de cuidados como um contínuo interactivo que inclui ambas as componentes do processo de decisão (diagnóstica e interventiva), possibilitando a sua documentação sem obrigação de planeamento prévio das intervenções, de modo a que o registo daquele processo não seja apenas linear, evitando concepções que induzam a existência de fronteiras claras entre aqueles dois processos. Os protocolos e normas de procedimentos deverão ser utilizados apenas como referenciais de prestação de cuidados, no âmbito da formação de enfermeiros, ou quando estes se encontrem em integração nas unidades, ou ainda para o registo de intervenções.

Não devem, assim, ser tidos como modo normal e permanente de actuação, independentemente do nível de conhecimento, de experiência e de habilidades individuais dos enfermeiros, bem como do contexto, da natureza, da complexidade ou do nível de estruturação dos problemas com que estes se deparam nos seus quotidianos profissionais. A utilização da linguagem da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) é ainda recomendada, pelo acrescido valor que se lhe reconhece no que concerne a qualidade, a acessibilidade e a comparabilidade da informação, bem

como a sua imprescindibilidade para a utilização das tecnologias de informação e comunicação, tão importantes que são para o processo de decisão na enfermagem.

Ao nível da *formação inicial e pós-graduada*, sugerimos que seja dada menor ênfase aos modelos de raciocínio e de decisão biomédicos e um maior incremento aos conteúdos inerentes ao processo de decisão clínica de enfermagem como um contínuo, enfatizando a relação entre a interação com o utente e a intervenção, realçando a importância do conhecer o utente, a resolução de problemas e a avaliação da eficácia e efectividade das intervenções. Deverão ser ainda incrementadas actividades pedagógicas que promovam o desenvolvimento de competências nestas áreas, nas de reflexão, de pensamento crítico, de pensamento criativo e, sobretudo, nas competências relacionais e emocionais, através de processos de ensino / aprendizagem que contemplem não apenas os tradicionais métodos lineares de decisão mas igualmente a intuição, a lógica abductiva ou outras formas de raciocínio menos tradicionais, os quais deverão ser introduzidos ao longo dos cursos de formação graduada e pós-graduada, conforme o nível de conhecimento e de experiência clínica entretanto adquiridos.

Ao nível da *formação contínua*, dever-se-á estimular a autoformação dos profissionais, no sentido da continuidade dos aspectos acima referidos, e sobretudo promover a reflexão durante e sobre a acção. Para isso, sugerimos o estudo e a discussão em grupo, de casos clínicos de utentes ou grupos, que contemplem a análise dos processos de raciocínio (analíticos e intuitivos) e de decisão diagnóstica e interventiva como elementos de um único processo contínuo, bem como incluam a avaliação dos resultados obtidos, com utilização preferencial de uma terminologia universal.

Em *futuras investigações* nesta área, sugerimos a realização de mais estudos, de preferência multicêntricos, que permitam uma melhor compreensão do papel dos padrões cognitivos e de outras variáveis individuais, da interação e do conhecer melhor o utente no processo de prestação de cuidados de enfermagem, através da utilização de diferentes metodologias, preferencialmente em contextos reais.

Sugerimos ainda que alguns destes estudos se destinem a descrever os contributos parciais dos principais factores de influência na decisão clínica de enfermagem, particularmente os relacionados com a utilização de diferentes quadros de referência e de métodos de prestação de cuidados de enfermagem. Igualmente consideramos que a realização de estudos quantitativos que permitam aprofundar o conhecimento sobre a relação entre os padrões de pensamento crítico, pensamento criativo, inteligência emocional e os de decisão clínica de enfermagem, emergentes neste estudo, constituirá uma mais-valia para um cada vez maior nível da qualidade dos cuidados de enfermagem, com a conseqüente satisfação de receptores e prestadores dos mesmos.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abu-Saad, H. H. & Hamers, J. P. H. (1997). Decision-making and paediatric pain: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 946-952.
- Adams, B. L. (1999). Nursing education for critical thinking: an integrative review. *Journal of Nursing Education*, 38 (3), 111-119.
- Adams, H. A., Stover, L. M., Zehr P. & Whitlow D. (1999), Evaluation of critical thinking in a baccalaureate nursing program. *Journal of Nursing Education*, 38 (3), 139-141.
- Aitken, L. M., & Mardegan, K. J. (2000). "Thinking aloud": data collection in natural setting. *Western Journal of Nursing Research*, 23 (6), 610-626.
- Alfaro - Lefevre, R. (1997). *El pensamiento crítico en enfermería: um enfoque práctico*. Barcelona: Masson.
- Andrews, M. & Jones, P. R. (1996). Problem-based learning in an undergraduate nursing programme: a case study. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 357-365.
- Angel, B. F., Duffey, M. & Belyea, M. (2000). An evidence-based project for evaluating strategies to improve knowledge acquisition and critical-thinking performance in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 39 (5), 219-228.
- Anthony, D. (1999). *Understanding advanced statistics. A guide for nurses and health care researchers*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Aquilino, M. L. (1997). Cognitive development, clinical knowledge, and clinical experience related to diagnostic ability. *Nursing Diagnosis*, 8 (3), 110-119.
- Arslanian-Engoren, C. (2002). Feminist poststructuralism: a methodological paradigm for examining clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (6), 512-517.
- Atkinson, L. D. & Murray, M. E. (1989). *Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Atkinson, P. & Hammersley, M. (1998). Ethnography and participant observation. In: Denzin, N. K & Lincoln, Y. S. *Strategies of qualitative inquiry* (p. 111-131). London: Sage Publications.
- Attree, M. & Murphy, G. (1999). Nursing process: paradigm, paradox or Pandora's box? *Nursing Education Today*, 19, 592-597.
- Aveyard, H. (2002 a). Implied consent prior to nursing care procedures. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (2), 201-207.
- Aveyard, H. (2002 b). The requirement for informed consent prior to nursing care procedures. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (3), 243-249.

- Avis, M. (1995). Valid arguments? A consideration of the concept of validity in establishing the credibility of research findings. *Journal of Advanced Nursing*, (22), 1203-1209.
- Bachman, J., Stein, S., Campbell, K. & Sitarenios, G. (2000). Emotional intelligence in the collection of debt. *International Journal of Selection and Assessment*, 8 (3), 176-182.
- Barbosa, S. F. F. (2002). Amniotomy decision in obstetric nursing modelled by fuzzy logic. In H. F. Marin, E. P. Marques, E. Hovenga & W. Goossen, *Proceedings 8<sup>th</sup> international congress in nursing informatics* (p. 361-365). Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais.
- Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D. & Damasio, A. R. (1997). Deciding advantageously before knowing de advantageous strategy. *Science*, 275, 1293-1295.
- Beellack, J. P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient? *Journal of Nursing Education*, 38 (1), 3-4.
- Begley, C. M. (1996 a). Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 122-128.
- Begley, C. M. (1996 b). Triangulation of communication skills in qualitative research instruments. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 688-693.
- Behrens, P. J. (1996). The Watson-Glaser critical thinking appraisal and academic performance of diploma school students. *Journal of Nursing Education*, 35 (1), 34-36.
- Bellack, J. P. (1999). Emotional intelligence: a missing ingredient? *Journal of Nursing Education*, 38 (1), 3-4.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *American Journal of Nursing*, 82, 320-328.
- Benner, P. (1984) *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P. (1995). A response by P. Benner to CK. Cash, - Benner and expertise in nursing: a critique. *International Journal of Nursing Studies*, 33 (6), 669-674.
- Benner, P. (2001). Death as a human passage: compassionate care for persons dying in critical care units. *American Journal of Critical Care*, 10 (5), 355-359.
- Benner, P. (2002). Creating compassionate institutions that foster agency and respect. *American Journal of Critical Care*, 11 (2), 164-166.
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (1996). *Expertise in nursing practice - caring, clinical judgement and ethics*. New York: Springer Publishing Company,.
- Berg, A., Hansson, U. W. & Hallberg, I. R. (1994). Nurses' creativity, tedium and burnout during one year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 742-749.



- Bird, A. & Wallis M. (2002). Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (5), 522-531.
- Bishop, A. H. & Scudder, J. R. (1997). Nursing as a practice rather than an art or a science. *Nursing Outlook*, 46 (2), 29-36.
- Bogdan, R & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto editora.
- Bolton, G. (2003). Medicine, the arts, and the humanities. *The Lancet*, 362 (12), 93-94.
- Bolton, S. C. (2000). Who cares? Offering emotion work as a “gift” in the nursing labour process. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 580-586.
- Boney, J. & Baker, J. D. (1997). Strategies for teaching clinical decision-making. *Nurse Education Today*, 17, 16-21.
- Bowman, G. S. (2001). Emotions and illness. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 256-263.
- Branco, M. A. F. (1999). *Reflexões sobre a tomada de decisão na educação: diferenças entre professores principiantes e peritos*. Funchal, 18p., mimeogr.
- Briody, M. E. (1996) Effect of Curriculum Change on Student Anxiety and Diagnosis Reasoning. *Nursing Diagnosis*, 7 (4), 141-145.
- Brooks, E. M. & Thomas S. (1997). The perception and judgement of senior baccalaureate student nurses in clinical decision making. *Advances in Nursing Science*, 19 (3), 50-69.
- Bryans, A. & McIntosh, J. (1996). Decision making in community nursing: analysis of the stages of decision making as they relate to community nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 24-30.
- Bryans, A. & McIntosh, J. (2000). The use of simulation and post-simulation interview to examine the knowledge involved in community nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1244-1251.
- Buckingham, C. & Adams, A. (2000, a). Classifying clinical decision making: a unifying approach. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 981-989.
- Buckingham, C. & Adams, A. (2000, b). Classifying clinical decision making: interpreting nursing intuition, heuristics and medical diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 990-998.
- Bucknall, T. (2003). The clinical landscape of critical care: nurses’ decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 310-319.
- Cadman, C. & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9, 321-324.
- Caelli, K., Downie, J. & Caelli, T. (2003). Towards a decision support system for health promotion in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (2), 170-179.

- Carpenito, L. J. (1995). *Nursing diagnosis: application to clinical practice* (6<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Library of Congress.
- Caruso, D. R. (1999). *Feedback booklet for the multifactorial emotional intelligence scale*. Simsbury: Charles J. & Wolfe Associates, LLC Publisher.
- Case, B. (1994). Walking around the elephant: a critical thinking strategy for decision making. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 25 (3), 101-109.
- Cash, K. B. A. (1995). Benner and expertise in nursing: a critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32 (6), 527-534.
- Castledine, G. (2003). New nursing roles must retain nursing's principles. *British Journal of Nursing*, 12 (21), 3.
- Cave, P. (1998). Fuzzy thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 274-279.
- Cheek, J. & Jones, J. (2003). What nurses say they do and need: implications for the educational preparation of nurses. *Nurse Education Today*, 23, 40-50.
- Chenoweth, L. (1998). Facilitating the process of critical thinking for nursing. *Nursing Education Today*, 18, 281-292.
- Cholowski, K. M. & Chan, L. K. S. (1992). Diagnostic reasoning among second-year nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1171-1181.
- Cholowski, K. M. (1995). Knowledge-driven problem-solving models in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 34 (4), 148-154.
- Cioffi, J. & Markham, R. (1997). Clinical decision-making by midwives: managing case complexity. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 265-272.
- Cioffi, J. (1997). Heuristics servant to intuition, in clinical decision making. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 203-208.
- Clark, A. M. (1998). The qualitative-quantitative debate: moving from positivism and confrontation to post-positivism and reconciliation. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1242-1249.
- Cobb, C. D. & Mayer, J. D. (2000). Emotional intelligence. *Educational Leadership*, November, 14-18.
- Cohen, S. (2002). Don't overlook creative thinking. *Nursing Management*, 33 (8), 9-10.
- Connelley, L. M., Bott, M., Hoffart, N. & Taunton, R. L. (1997). Methodological triangulation in a study of nurse retention. *Nursing Research*, 46 (5), 299-302.
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 623-630.
- Crow, R. (1997 a). The Cognitive Component of Assessment: evidence to support the theory. In: abstracts: *The First European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes*. (ACENDIO), p. 40.

- Crow, R. (1997 b). The Difference in Judgements Made by Experts and Novices. In: abstracts: *The First European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes*. (ACENDIO), p. 25.
- Crow, R., Chase, J. & Lamond, D. (1995). The cognitive component of nursing assessment: an analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 206-212.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). Seminário sobre *educar para a criatividade*, organizado pela associação educativa para o desenvolvimento da criatividade. Lisboa, Junho de 2000.
- Cust, J. (1995). Recent cognitive perspectives on learning - implications for nurse education. *Nurse Education Today*, 15, 280-290.
- Cutcliffe, J. R. & Cassedy, P., (1999). The development of empathy in students on a short, skills based counselling course: a pilot study. *Nurse Education Today*, 19, 250-257.
- Cutcliffe, J. R. & McKenna (1999). Establishing the credibility of qualitative research findings: the plot thickens. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 288-296.
- Daly, W. M. (1998). Critical thinking as an outcome of nursing education. What is it? Why is it important to nursing practice? *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 288-297.
- Daly, W. M. (2001). The development of an alternative method in assessment of critical thinking as an outcome of nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 120-130.
- Damásio, A. R. (1995). *O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano* (3ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. R. (2000). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. R. (2003). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Davis, C., Davis, B. D. & Burnard, F. (1997). Use of the QSR.NUD.IST computer program to identify how clinical midwife mentors view their work. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 833-839.
- De La Torre, S. (2000). Seminário sobre *educar para a criatividade*, organizado pela associação educativa para o desenvolvimento da criatividade. Lisboa, Junho de 2000.
- Dempsey, P. A. & Dempsey, A. D. (1999). *Using nursing research: process, critical evaluation, and utilization* (5th ed.). New York: Lippincott.
- Di Giulio, P. & Crow, R. (1997). Cognitive process nurses and doctors use in the administration of PRN (at need) analgesic drugs. *Scand J. Caring Sci*, 11, 12-19.
- Doane, G. H. (2002). In the spirit of creativity: the learning and teaching of ethics in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 521-528.
- Donnelly, G. (2003). Clinical expertise in advanced practice nursing: a Canadian perspective. *Nursing Education Today*, 23, 168-173.

- Dootson, S. (1995). An in-depth study of triangulation. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 183-187.
- Dowding, D. & Thompson, C. (2003). Measuring quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (1), 49-57.
- Duchcher, J. E. B. (1999). Caching the wave: understanding the concept of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 577-583.
- Duchscher, J. E. B. (2003). Critical thinking: perceptions of newly graduated female baccalaureate nurses. *Journal of Nursing Education*, 42 (1), 14-27.
- Dzurec, L.C. (1998). Certainty, leaps of faith, and tradition: rethinking clinical interventions. *Advances in Nursing Science*, 21(2), 52-61.
- Easen, P. & Wilcockson, J. (1996). Intuition and rational decision-making in professional thinking: a false dichotomy? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 667-673.
- Edwards, S. (2003). Critical thinking at the bedside: a practical perspective. *British Journal of Nursing*, 12 (19), 1142-1149.
- Effken, J. A. (2001). Information basis for expert intuition. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 246-245.
- Efken, J. A. (2001). Informational basis for expert intuition. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 246-255.
- Ellis, P. A. (1997). Processes used by nurses to make decisions in clinical practice setting. *Nurse Education Today*, 17, 325-332.
- English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurses a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 387-393.
- Ericsson, K. A. & Simon, H. A. (1993). *Protocol Analysis: verbal reports as data*. Cambridge: MA. Mit Press.
- Estrabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A. & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 506-520.
- Facione, N. C. & Facione, P.A. (1996). Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. *Nursing Outlook*, 44 (3), 129-136.
- Facione, N. C., Facione, P.A. & Sanchez, C.A. (1994). Critical thinking dispositions as a measure of competent clinical judgment: the development of the California Critical Thinking Disposition Inventory. *Journal of Nursing Education*, 33 (8), 345-350.
- Fagerberg, I., Eckman, S. L. & Heyman, I. (1999). Nursing students' reasoning about two factious elderly patient cases. *Scand J. Caring Sci*, 13, 247-253.
- Fasnacht, P. H. (2003). Creativity: a refinement of the concept for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (2), 195-202.

- Feldman, J. (2003). Four keys to instilling innovation and creativity. *Occupational Health & Safety Nursing*, 72 (11), 18-20.
- Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications.
- Fonseca, V. (1999). Novos desafios da formação e da qualificação dos recursos humanos no contexto da sociedade cognitiva. *Formar*, 32, 2-15.
- Fonteyn M. E. & Cooper L. F. (1994). The written nursing process: is it still useful to nursing education? *Journal of Advanced Nursing* 19, 315-319.
- Fonteyn, M. E. & Cahill, M. (1998). The use of clinical logs to improve nursing student's metacognition: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 149-154.
- Fonteyn, M. E. & Ritter, B., J. (2002). Clinical reasoning in nursing. In: J. Higgs & M. Jones, *Clinical reasoning in the health professions*, 2<sup>nd</sup> ed. (p. 2-20). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Fonteyn, M. E. (1998). *Thinking Strategies for Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização* (2<sup>a</sup> ed.). Mem Martins: Lusociência.
- Foss, C. & Ellefsen, B. (2002). The value of combining qualitative and quantitative approaches in nursing research by means of method triangulation. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (2), 242-248.
- Fowler, L. P. (1997). Clinical reasoning strategies used during care planning. *Clinical Nursing Research*, 6 (4), 349-361.
- Fox, C. (1997). A confirmatory factor analysis of the structure of tacit knowledge in nursing. *Journal of Nursing Education*, 36 (10), 459-466.
- Gallant, M. H., Beaulieu, M. C. & Carnevale, F. A. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (2), 149-157.
- Gertz, M. F. & Bucknall, T. K. (2001). Triage nurses' clinical decision making: an observational study of urgency assessment. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (4), 350-351.
- Gibson, C. H. (1993). Underpinnings of ethical reasoning in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 2003-2007.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. S. Paulo: Atlas.
- Gilmartin, M. J. (1999). Creativity: the fuel of innovation. *Nursing Administration Quarterly*, 23 (2), 1-8.
- Girot, E. A. (1993). Assessment of competence in clinical practice - a review of the literature. *Nurse Education Today*, 13, 83-90.

- Girot, E. A. (1995). Preparing the practitioner for advanced academic study: development of critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 387-394.
- Girot, E. A. (1995). The relationship of critical thinking dispositions of baccalaureate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 387-394.
- Girot, E. A. (2000). Graduate nurses: critical thinkers better decision makers. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 288-297.
- Glen, S. (1995). Developing critical thinking in higher education. *Nurse Education Today*, 15, 170-176.
- Goleman, D. (1999). *Inteligência emocional* (8ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com inteligência emocional* (2ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goossen, W. T. F. (1995). Nursing information management and processing a framework and definition of systems analysis, design and evaluation. *International Journal of Bio-Medical Computing*, 40, 187-195.
- Gould, D. (2003). Emotional intelligence. *British Journal of Midwifery*, 11 (4), 203.
- Grande, N. R. (1997). *Apontamentos das Aulas Sobre Ética na Enfermagem*. Porto, 33 p., mimeogr.
- Greenwood, J. & King, M. (1995). Some surprising similarities in the clinical reason of "expert" and "novice" orthopaedic nurses: report of a study using verbal protocols and protocol analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 907-913.
- Greenwood, J. (1998). Establishing an international network on nurses' clinical reasoning. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 843-847.
- Greenwood, J. (2000). Critical thinking and nursing scripts: the case for the development of both. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 428-436.
- Greenwood, J., Sullivan, J., Spence, K. & McDonald, M. (2000). Nursing scripts and the organizational influences on critical thinking: report of a study of neonatal nurses' clinical reasoning. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1106-1114.
- Gregory, R. (2001). Space & time: frontiers for nursing creativity. *Journal of Psychological Nursing & Mental Health*, 39 (10), 54-55.
- Greiner, P. A. & Valiga, T. M. (1998). Creative educational strategies for health promotion. *Holistic Nursing Practice* 12 (2), 73-83.
- Guerreiro, M. H. J. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*. Camarate: Lusociência.
- Gunther, M. & Alligood, M. R. (2002). A discipline-specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (4), 553-559.

- Haffer, A. G. & Raingruber, B. J. (1998). Discovering confidence in clinical reasoning and critical thinking development in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 37 (2), 61-170.
- Hagenow, N. R. (2001). Care executives: organizational intelligence for these times. *Nursing Administration Quarterly*, 25 (4), 30-35.
- Haigh, C. (2002). Using theory: the implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5), 462-469.
- Hall, J. (2001). Creativity in clinical practice. *ANJ*, 11, 1-3.
- Hallett, C. E., Austin, L., Caress A. & Luker, K. A. (2000). Wound care in the community setting: clinical decision making in context. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 783-793.
- Hallström, I. & Elander, G. (2004). Decision-making during hospitalization: parents' and children's involvement. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (3), 367-375.
- Hansten, R. & Washburn M. (1999). Individual and organizational accountability for development of critical thinking. *JONA*, 29 (11), 39-45.
- Hansten, R. & Washburn, M. (2000). Intuition in professional practice. *JONA*, 30 (4), 185-189.
- Harbison, J. (1991). Clinical decision making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 404-407.
- Heath, H. (1998). Reflexion and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1055-1059.
- Hein, S. (2002). <http://www.eqi.or/eitests.htm>, disponível em 27/01/2004, última actualização - Junho de 2002.
- Hein, S. (2004). <http://www.eqi.or/history.htm>, disponível em 27/01/2004, última actualização - Janeiro de 2004.
- Henderson, S. (2002). Influences on patient participation and decision-making in care. *Professional Nurse*, 17 (9), 521-525.
- Henry, S. B. (1995). Nursing informatics: state of the science. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1182-1192.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Camarate: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Camarate: Lusociência.
- Hewitt, J. (2002). A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5), 439-445.

- Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1998). Data management and analysis methods. In: Denzin, N. K & Lincoln, Y. S. *Collecting and interpreting qualitative materials* (p. 179-205). London: Sage Publications.
- Hurst, K., Dean, A. & Trikey, S. (1991). The recognition and non recognition of the problem solving stages in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1444-1455.
- Ip, W. Y., Lee, D. T. F. J., Chau, J. P. C., Wootton, Y. S. Y. & Chang A. M.. (2000). Dispositions towards critical thinking: a study of Chinese undergraduate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 84-90.
- Jackson, D. & Sullivan, J. R. (1999). Integrating the creative arts into a midwifery curriculum: a teaching innovation report. *Nurse Education Today*, 19, 527-532.
- Jacono, B. J. & Jacono, J. J. (1996). The benefits of Neuman and Parse in helping nurse teachers determine methods to enhance student creativity. *Nurse Education Today*, 16, 356-362.
- Jekel, J. F., Elmore, J.G. & Katz, D.L. (1999). *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Jenks, J. M. (1993). The pattern of personal knowing in nurse clinical decision making. *Journal of Nursing Education*, 32 (9), 399-405.
- Jesus, E. H. (1999). *A decisão Clínica de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto (não publicado).
- Jones, S. A. & Brown, L. N. (1991). Critical thinking: impact to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 529-533.
- Jowell, T. (2003). We can't demand trust, we must earn it. *Newstatesman*, September, 36-37.
- Juan, L. C. (1991). *Interrelacion del profesional de enfermería com el paciente*. Barcelona: Doyma.
- Kalischuk, R. G. & Thorpe (2002). Thinking creatively: from nursing education to practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 33 (4), 155-163.
- Kaschub, M. (2002). Defining emotional intelligence in music education. *Arts Education Policy Review*, 103 (5), 9-15.
- Kataoka-Yahiro, M. & Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgement. *Journal of Nursing Education*, 33(8), 351-356.
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1162-1167.
- Kennison, M. & Brace, J. (1997). Digging deeper for creative solutions. *Nursing*, 27 (9), 52-54.
- King, L. & Appleton, J. V. (1997). Intuition: a critical review of the research and rhetoric. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 194-202.



- King, L. & Clark, J. M. (2002). Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (4), 322-329.
- Kobe, L.M., Reiter-Palmon, R. & Rickers, J. D. (2001). Self-reported leadership experiences in relation to inventoried social and emotional intelligence. *Current Psychology*, 20 (2), 154-163.
- Koch, T. & Harrington (1998). Reconceptualizing rigour: the case of reflexivity. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (4), 882-890.
- Koch, T. (1994). Establishing rigour in qualitative research: the decision trail. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 976-986.
- Kuijver, I. P. M., Kerkstra, A, Bensing, J. M. & Van de Wiel, M. R. (2001). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), 772-779.
- Lam, L. T. & Kirby S. L. (2002). Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *The Journal of Social Psychology*, 142 (1), 133-143.
- Lamond, D. & Farnell, S. (1998). The treatment of pressure sores: comparison of novice and expert nurses' knowledge, information use and decision accuracy. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 280-286.
- Lamond, D. & Thompson, C. (2000). Intuition and analysis in decision making and choice. *Journal of Nursing Scholarship*, 411-414.
- Lauri, S. & Salanterä, S. (1995). Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 520-527.
- Lauri, S., Salanterä, S., Chalmers, K., Ekman S., Kim, H. S., Kappeli, S. & Macleod, M. (2001). An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 83-90.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Le Sorti, A. J., Cullen, P. A., Hanzlik, E. M., Michiels, J. M., Piano, L. A., Ryan, P. L. & Johnson, W. J. (1999). Creative thinking in nursing education: preparing for tomorrow's challenges. *Nursing Outlook*, 47 (2), 62-66.
- Le Vasseur, J. J. (1999). Toward an understanding of art in nursing. *Advances in nursing science*, 21 (4), 48-63.
- LeCompte, M. D. (1998). *Analyzing & interpreting ethnographic data*. London: SAGE Publications.
- Lemmer, B. (1998). Successive surveys of an expert panel: research in decision-making with health visitors. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 538-545.
- Lipman, T. H. & Deatrck, J. A. (1997). Preparing advanced practice nurses for clinical decision making in speciality practice. *Nurse Educator*, 22 (2), 47-50.

- Loo, R. & Thorpe, K. (1999). A psychometric investigation of scores on the Watson-Glaser critical thinking appraisal new forms. *Educational and Psychological Measurement*, 59 (6), 995-1003.
- Ludwick, R. (1996). Dressing up nursing diagnosis: a critical thinking strategy. *Nurse Educator*, 21 (4), 19-22.
- Luís Rodrigo, M. T. (1997). Diagnóstico enfermero. *ROL de Enfermería*, 222, 27-31.
- Luker K. A. (2000). The importance of knowing the patient: community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 775-782.
- Luker, K. A. & Kenrick, M. (1992). An exploratory study of the sources of influence on the clinical decision of community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 457-466.
- Luker, K. A., Austin L., Caress, A. & Hallett, C. E. (2000). The importance of "knowing the patient": community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 775-782.
- Luker, K. A., Hogg, C., Austin, L., Ferguson, B. & Smith (1998). Decision making: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 657-665.
- Maggs-Rapport, F. (1999). Combining methodological approaches in research: ethnography and interpretive phenomenology. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 219-225.
- Manzella, L. & West B. (2003). Emotional intelligence: how it contributes to officer safety. *Corrections Today*, June, 85-86.
- Marin, H. F. (2000). *Translation of research instruments*. ICNP Translators and Reviewers Workshop, Coimbra, 12 p., mimeogr.
- Marks-Maran, D. (1999). Reconstructing nursing: evidence, artistry and the curriculum. *Nursing Education Today*, 19, 3-11.
- Martin, C. (2002). The theory of critical thinking. *Nursing Education Perspectives*. 23 (5), 243-247.
- May, B. A., Edell, V., Butell, S., Doughty, J. & Langford, C. (1999). Critical thinking and clinical competence: a study of their relationship in BSN Seniors. *Journal of Nursing Education*, 38 (3), 100-110.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence*. New York: Lippincott.
- Mayer, J. D.; Salovey, P. & Caruso, D. R. (1997). *Multifactorial emotional intelligence scale*. Charles J. & Wolfe Associates, LLC Publisher. Simsbury.
- Maynard, C. A. (1996). Relationship of critical thinking ability to professional nursing competence. *Journal of Nursing Education*, 35 (1), 12-18.
- McAllister, M. (2003). Doing practice differently: solution-focused nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (6), 528-535.

- McAlpine, H., Kristjanson, L. & Poroeh, D. (1997). Development and testing of the ethical reasoning tool (ERT): an instrument to measure the ethical reasoning of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1151-1161.
- McCarty P., Schuster P., Zehr P. & McDougal D. (1999). Evaluation of critical thinking in a baccalaureate nursing program. *Journal of Nursing Education*, 38 (3), 142-144.
- McNichol, E. (2002). Thinking outside the box: encouraging flexible thinking for problems and decisions. *Nursing Management*, 9 (4), 19-22.
- Mecklenburg, G. A. (2001). Practioner application. *Journal of Healthcare Management*, 46 (3), 199-202.
- Meurier, C. E. (1998). The quality of assessment of patients with chest pain: the development of a questionnaire to audit the nursing assessment record of patients with chest pain. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 140-146.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Sage.
- Miller, M. A. (1992). Outcomes evaluation: measuring critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1401-1407.
- Morais, M. F. (1999). *Definição e avaliação da criatividade: contributos da abordagem cognitiva*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga (não publicado).
- Morin, K. H. (1997). Critical thinking - say what? *Journal of Nursing Education*, 36, 450-451.
- Morin, K. H. (1998). The importance of critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 37 (4), 153-154.
- Morison, M. & Moir, J. (1998). The role of computer software in the analysis of qualitative data: efficient clerk, research assistant or Trojan horse?. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 106-116.
- Morse, J. M. & Field, P. A. (1998). *Nursing research: the application of qualitative approaches* (2nd ed.). Chapman & Hall: Cheltenham.
- Mortensen, R. A. (1992). *Development of clinical nursing through research - a strategy plan from The Danish Institute for Health and Nursing Research 1992-1997*. Copenhagen: The Danish Institute for Health and Nursing Research.
- Myrick, F. (2002). Perceptorship and critical thinking in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 41 (4), 154-164.
- Nicol, M. J. (1996) - Assessment of clinical and communication skills: operationalizing Benner's model. *Nursing Education Today*, 16, 175-179.
- Noyes, J. (1995). An explanation of the differences between expert and novice performance in the administration of intramuscular injection of an analgesic agent to a patient in pain. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 800-807.

- O'Neil, E. S. & Dluhy, N. M. (1997). A longitudinal framework for fostering critical thinking and diagnostic reasoning. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 825-832.
- Oberle, K. & Allen, M. (2001). The nature of advanced practice nursing. *Nursing Outlook*, 19, 148-153.
- Offredy, Y. M. (1998). The application of decision making concepts by nurse practitioners in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 988-1000.
- Offredy, Y. M. (2002). Decision-making in primary care: outcomes from a study using patient scenarios. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (5), 532-541.
- Oliveira, M. M. M. M. (1992). *A criatividade, o pensamento crítico e o aproveitamento escolar em alunos de ciências*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, Lisboa (não publicado).
- Omdahl, B. & O'Donnell, C. (1999). Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 1351-1359.
- Pardue, S. F. (1987). Decision-making skills and critical thinking ability among associate degree, diploma, baccalaureate and master's-prepared nurses. *Journal of Nursing Education*, 26 (9), 354-361.
- Parker, J. M. (1999). Patient or customer? Caring practices in nursing and the global supermarket of care. *Journal of the Royal College of Nursing*, 6 (1), 16-23.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2<sup>a</sup> ed.). Califórnia: Sage Publications.
- Paul, R. W. & Heaslip (1995). Critical thinking and intuitive nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 40-47.
- Penrod, J. (2001). Refinement of the concept of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (2), 238-245.
- Pepa, C. A., Brown, J. N., & Alverson, E. M. (1997). A comparison of critical thinking abilities between accelerated and traditional baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 36 (1), 46-48.
- Pesut, D. J. & Herman, J. (1998). OPT: transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook*, 46 (1), 29-36.
- Pesut, D. J. & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: the art & science of critical & creative thinking*. London: Delmar Publishers.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Pless, B. S., & Clayton (1993). Clarifying the concept of critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 32 (9), 425-428.

- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1994). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (4ª ed.). Madrid: McGRAW-HILL.
- Portugal. Ministério da Saúde. *Decreto-Lei nº104/98. Cria a ordem dos enfermeiros e aprova o respectivo estatuto*. "Diário da República", Lisboa, I Série-A, 21 de Abril de 1998, pg.1739.
- Portugal. Ministério da Saúde. *Decreto-Lei nº161/96. Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. "Diário da República", Lisboa, I Série-A, 4 de Setembro de 1996, pg.2959.
- Priest, H. M. (1999). Novice and expert perceptions of psychological care and the development of psychological care giving abilities. *Nursing Education Today*, 19, 556-563.
- Profetto-McGrath, J. (2003). The relationship of critical thinking dispositions of baccalaureate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (6), 569-577.
- Punch, K. F. (1998). *Introduction to social research: quantitative & qualitative approaches*. New Delhi: Sage Publications.
- Radford, M. (2002). Educating the emotions: interior and exterior realities. *Pastoral Care*, June, 24-29.
- Radwin, L, Fawcett, J. (2002). A conceptual model-based programme of nursing research: retrospective and prospective applications. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (3), 355-360.
- Radwin, L. E. (1995 a). Conceptualisations of decision making in nursing: analytic models and "knowing the patient". *Nursing Diagnosis*, 6 (1), 16-22.
- Radwin, L. E. (1995 b). Knowing the patient: a process model for individualised interventions. *Nursing Research*, 44 (6), 364-370.
- Radwin, L. E. (1996). "Knowing the patient": a review of research on an emerging concept. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1142-1146.
- Radwin, L. E. (1998). Empirically generated attributes of experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 590-595.
- Rane-Szostak, D. & Robertson, J. F. (1996). Issues in measuring critical thinking: meeting the challenge. *Journal of Nursing Education*, 35 (1), 5-11.
- Rapps, J., Riegel, B. & Glaser, D. (2001). Testing a predictive model of what makes a critical thinker. *Western Journal of Nursing Research*, 23 (6), 610-626.
- Reed, P. G. (1995). A treatise on nursing knowledge development for the 21<sup>st</sup> century: beyond postmodernism. *Advances in nursing science*, 17 (3), 70-84.
- Reis, E., Melo, P., Andrade, R. & Calapez, T. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Reishman, M. R. R. & Yarandy, H. N. (2002). Critical care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (1), 24-34.
- Richards, L. (1999). *Using NVivo in qualitative research*. Melbourne: Qualitative Solutions and Research.
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem ao desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Roberts, J. D., While, A. E. & Fitzpatrick, J. (1993). Problem solving in nursing practice: application, process, skill acquisition and measurement. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 886-881.
- Roberts, J. D., While, A. & Fitzpatrick, J. (1995). Information - seeking and data utilisation: theory and practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32 (6), 601-611.
- Roberts, J. D., While, A. & Fitzpatrick, J. (1996). Exploring the process of data acquisition: methodological challenges encountered and strategies employed. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 366-372.
- Rolfe, G. (1997). Science, abduction and fuzzy nurse: an exploration of expertise. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1070-1075.
- Rolfe, G. (1999). Insufficient evidence: the problems of evidence-based nursing. *Nurse Education Today*, 19, 433-442.
- Rossignol, M. (1997). Relationship between selected discourse strategies and student critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 36 (10), 467-475.
- Rousseau, E. H. (1997). The personally perceived problem technique: enhancing clinical instruction. *Nurse Educator*, 22 (4), 36-40.
- Sainio, C. & Lauri, S. (2003). Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (3), 250-260.
- Salvage, J. (2001). *Nursing Administration Quarterly*, 25 (4), 30-35.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16 (2), 1-8.
- Sandelowski, M. (1995). Focus on qualitative methods: sample size in qualitative research. *Research in Nursing and Health*, 18, 179-183.
- Sandelowski, M. (1997). "To be of use": enhancing the utility of qualitative research. *Nursing Outlook*, 45, 125-132.
- Scheffer, B. K. & Rubinfeld, M. G. (2003). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39 (8), 352-359.
- Schensul, S. L., Schensul, J.J. & LeCompte, M. D. (1999). *Essential ethnographic methods*. London: Altamira Press.

- Schumacher, J., & Severson, A. (1996). Building bridges for future practice: an innovation approach to foster critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 35 (1), 31-33.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes & E., Wendorf, C. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*, 141 (4), 523-536.
- Scott, P. A. (2000). Emotional, moral perception and nursing practice. *Nursing Philosophy*, 1 (2), 123-133.
- Seaman, C. H. C. (1987). *Research Methods. Principles, Practice and Theory for Nursing* (3rd ed). California: Appleton & Lange.
- Seimour, B., Kinn, S. & Sutherland, N. (2003). Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 288-296.
- Sellappah S., Hussey, T., Blackmore, A. M. & McMurray (1998). The use of questioning strategies by clinical teachers. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 142-148.
- Shepard, K. F., Kack, L. M., Gwyer J. & Jensen, G. M. (1999). Describing expert practice in physical therapy. *Qualitative Health Research*, 9 (6), 746-758.
- Shih, F. (1998). Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (3), 631-641.
- Shin, K. R. (1998). Critical thinking ability and clinical decision-making skills among senior nursing students in associate and baccalaureate programmes in Korea. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 414-418.
- Silva, A. A. P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto (não publicado).
- Silva, M. A. T. C. P. (2000). *Capacidade e disposição para o pensamento crítico em enfermagem: adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto (não publicado).
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: a practice handbook*. London: Sage Publications.
- Simpson, R. L. & Keegan, A. J. (2002). How connected are you? Employing emotional intelligence in a high-tech world. *Nursing Informatics*, 43 (5), 521-530.
- Skilbeck, J. & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of clinical nurse specialist in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 521-530.
- Smith, T. (1996). Reinstating the person in the professional: reflexions on empathy and aesthetic experience. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 932-937.
- Smyth, T. (1996). Reinstating the person in the professional: reflections on empathy and aesthetic experience. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (5), 932-937.

- Speziale, H. J. S. & Carpenter, D. R. (1998). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative* (3<sup>rd</sup> ed.). London: Lippincott.
- Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview*. Florida: Harcourt Brace Jovanovich.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. Florida: Harcourt Brace Jovanovich.
- SPSS Base 11.0 user's guide*. (2001). Chicago: SPSS Inc.
- Staib, S. (1999). Teaching and measuring critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 42 (11), 498-508.
- Streubert, H. J. & Carpenter D. R. (1995). *Qualitative Research in Nursing - Advancing the humanistic Imperative*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Strickland, D. (2000). Emotional intelligence: the most potent factor in the success equation. *JONA*, 30 (3), 112-117.
- Struthers, J. (1999). Investigation into community psychiatric nurses' use of humour during client interactions. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1197-1204.
- Takemura, Y. & Kanda, K. (2003). How Japanese nurses provide care: a practice based on continuously knowing the patient. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 252-259.
- Tanner, C. A. (1993). More thinking about critical thinking and clinical decision making. *Journal of Nursing Education*, 32 (9), 387.
- Tanner, C. A. (1996). Critical thinking revisited: paradoxes and emerging perspectives. *Journal of Nursing Education*, 35 (1), 3-4.
- Tanner, C. A. (1999). Evidence-based practice: research and critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 38 (3), 99.
- Tanner, C. A., Padrick, K. P., Westfall, U. E. & Putzier, D. J. (1987). Diagnostic reasoning strategies of nurses and nursing students. *Nursing Research*, 36 (6), 358-363.
- Tardif, T.Z. & Sternberg, R. J. (1988). What do we know about creativity? In Sternberg, R. J. (Eds.), *The nature of creativity* (p. 429-440), Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Taylor, C. (1997). Problem solving in clinical nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (1), 329-336.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem solving in nursing: insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 842-849.
- Taylor, H. (2001). The importance of providing good patient information. *Professional Nurse*, 17 (1), 34-36.
- Teekman, B. (2000). Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1125-1135.
- Thompson, C. (1999 a). A concept treadmill: the need for "middle ground" in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), 1222-1229.



- Thompson, C (1999 b). Qualitative research into nurse decision making: factors for consideration in theoretical sampling. *Qualitative Health Research*, 9 (6), 815-828.
- Thompson, C. & Dowding, D. (2002). Decision making and judgement in nursing - an introduction. In: C. Thompson & D. Dowding, *Clinical decision making and judgement in nursing* (p. 2-20). London: Churchill Livingstone.
- Thompson, C. (2003). Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 230-237.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Mulhall, A. & Thompson, D. R. (2001 a). Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful? *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 376-388.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Mulhall, A. & Thompson, D. R. (2001 b). The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 11-22.
- Tiwari, A., Avery, A. & Lai, P. (2003). Critical thinking disposition of Hong Kong Chinese and Australian nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (3), 298-307.
- Torrance, E. P. (1988), The nature of creativity as manifest in its testing. In: Sternberg, R. J., *The nature of creativity* (p. 43-75), Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Torrance, P. (1976). *Tests de pensée créative de E. P. Torrance* (2<sup>a</sup> ed.). Paris : Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Trenoweth, S. (2003). Perceiving risk in dangerous situations: risks of violence among mental health inpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 278-287.
- Tschikota, S. (1993) The clinical decision making process of student nurses. *Journal of Nursing Education*, 32 (9), 389-398
- Vala, J. (1986). Análise de Conteúdo. In: Silva, A. S., Pinto, J. M. *Metodologia em Ciências Sociais* (p. 181-186). Porto: Edições Afrontamento.
- Vaughan-Wrobel, B. C., O'Sullivan, P. & Smith, L. (1997). Evaluating critical thinking skills of baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 36 (10), 485-488.
- Wainwright, P. (2000). Towards an aesthetics of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 750-756.
- Walsh, C. M. & Hardy, R. C. (1999). Dispositional differences in critical thinking related to gender and academic. *Journal of Nursing Education*, 38 (4), 149-155.
- Waterman, H. (1998). Embracing ambiguities and valuing ourselves: issues of validity in action research. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 101-105.
- Watson, G. B. & Glaser, E. M. (1980). *Watson-Glaser critical thinking appraisal - form A*. The psychological corporation. Harcourt Brace & Company - San Antonio.
- Watson, G. B. & Glaser, E. M. (1980). *Watson-Glaser critical thinking appraisal - manual*. The psychological corporation. Harcourt Brace & Company - San Antonio.

- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Edinburgh: Churchill-Livingstone.
- Watson, S. (1994). An exploratory study into a methodology for the examination of decision making by nurses in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 351-360.
- Webb, C. (1999). Analysing qualitative data: computerized and other approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 323-330.
- Williams, R. (2002). Complexity, uncertainty and decision-making in an evidence-based world. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 343-347.
- Wiseman, T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1162-1167.
- Woolley, N. (1990). Nursing diagnosis: exploring the factors, which may influence the reasoning process. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 110-117.
- Wooten, P (2000). Humour, laughter, and play: maintaining balance in a serious world. In: B. M. Dossey, L. Keegan & C. E. Guzzetta, *Holistic nursing: a handbook for practice*, 3<sup>rd</sup> ed. (p. 471-491). London: Jones and Bartlett Publishers.

## **ANEXOS**

**ANEXO I - Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (WGCTA) -  
Tradução**

# NOTA EXPLICATIVA

Esta brochura contém cinco partes.

*Cada parte possui instruções separadas que devem ser lidas cuidadosamente.*

Volte somente esta página quando for instruído para o fazer.

Não faça anotações nesta brochura.

Todas as respostas são para ser assinaladas na folha de respostas fornecida em separado. Use um lápis N° 2 para marcar as suas respostas. Se desejar alterar uma resposta, assegure-se que apagou completamente a resposta anteriormente dada.

Muito Obrigado!

# PARTE 1: INFERÊNCIA

## INSTRUÇÕES

Uma inferência é uma conclusão que uma pessoa pode obter de certos factos observados ou supostos. Por exemplo, se as luzes numa casa estão acesas e uma música proveniente dessa casa pode ser ouvida, podemos inferir que alguém está em casa. Mas esta inferência pode estar ou não correcta. Possivelmente as pessoas na casa não desligaram as luzes e a rádio quando saíram de casa.

*Neste teste, cada exercício começa com uma afirmação de factos que deve considerar como verdadeiros.* Após cada enunciado dos factos, encontrará várias inferências possíveis – isto é; conclusões que algumas pessoas podem obter dos factos enunciados. Examine cada inferência separadamente e tome a decisão de acordo com o seu grau de verdade ou falsidade.

Para cada inferência você encontrará espaços na folha de respostas marcados com V, PV, DI, PF, e F. Para cada delas, assinale na folha de respostas sob o título apropriado como se segue:

**V** se pensa que a inferência é definitivamente VERDADEIRA; que provém exactamente, para além de qualquer dúvida razoável, a partir da afirmação de factos dada.

**PV** se, à luz dos factos dados, você pensa que a inferência é PROVAVELMENTE VERDADEIRA; que esta tem maior probabilidade de ser verdadeira do que falsa.

**DI** se você decide que existem DADOS INSUFICIENTES; que você não pode dizer a partir dos factos dados se a inferência tem probabilidade de ser verdadeira ou falsa; se os factos não fornecem a base para julgar num ou noutro sentido.

**PF** se, à luz dos factos dados, você pensa que a inferência é PROVAVELMENTE FALSA; que esta tem maior probabilidade de ser falsa do que verdadeira.

**F** se você pensa que a inferência é definitivamente FALSA; que está errada, quer porque interpreta mal os factos dados, ou porque contradiz os factos ou inferências necessárias daqueles factos.

Algumas vezes, ao decidir se uma inferência é provavelmente verdadeira ou provavelmente falsa, você terá de utilizar certo conhecimento aceite como comum ou informação que praticamente cada pessoa tem. Isto será ilustrado no exemplo que se segue.

Veja o exemplo na coluna a seguir; as respostas correctas estão indicadas no bloco à direita.

## EXEMPLO

Duzentos estudantes adolescentes participaram voluntariamente numa conferência de estudantes durante um fim de semana recente numa cidade do Norte. Nesta conferência, os tópicos de relações entre as raças e meios de conseguir uma paz mundial duradoura foram discutidos, uma vez que estes foram os problemas que os estudantes selecionaram como sendo os mais vitais no mundo actual.

1. Como grupo, os estudantes que participaram na conferência mostraram um maior interesse em problemas sociais mais alargados do que a maior parte dos outros estudantes adolescentes.

2. A maioria dos estudantes não tinha discutido previamente os tópicos da conferência nas suas escolas.

3. Os estudantes vieram de todas as partes do país.

4. Os estudantes discutiram principalmente problemas de relações laborais.

5. Alguns estudantes adolescentes sentiram que vale a pena discutir problemas de relações entre raças e formas de alcançar a paz mundial.

## Parte 1

V PV DI PF F  
1

V PV DI PF F  
2

V PV DI PF F  
3

V PV DI PF F  
4

V PV DI PF F  
5

No exemplo acima, a inferência 1 é provavelmente verdadeira (PV) porque (como é do conhecimento comum) a maioria das pessoas na adolescência não mostra tão séria preocupação com problemas sociais alargados. Ele não pode ser considerado definitivamente verdadeiro a partir dos factos dados porque estes factos não dizem *até que ponto* os outros adolescentes podem estar preocupados. É também possível que alguns dos estudantes se tivessem voluntariado para participar principalmente porque queriam uma saída de fim de semana.

A inferência 2 é provavelmente falsa (PF) porque a crescente consciencialização dos estudantes acerca destes tópicos provavelmente advém, pelo menos em parte, de discussões com professores e colegas de turma.

Não existe evidência para a inferência 3. Portanto existe insuficiência de dados (ID) para fazer um julgamento na matéria.

A inferência 4 é definitivamente falsa (F) porque é dado no enunciado dos factos que os tópicos de relações entre raças e meios de conseguir a paz mundial foram os problemas escolhidos para discussão.

A inferência 5 resulta necessariamente dos factos dados. É então verdadeira (V).

Nos exercícios que se seguem, mais do que uma das inferências do enunciado dos factos dado pode ser verdadeira (V), ou falsa (F), ou provavelmente verdadeira (PV) ou provavelmente falsa (PF), ou possuir dados insuficientes (DI) para permitir qualquer conclusão. Portanto, você terá de julgar cada inferência independentemente.

Faça uma marca preta acentuada no espaço sob o título que pensa que melhor descreve cada inferência. Se mudar uma resposta, apague-a completamente. Não faça outras marcas na folha de respostas.

Passa à página seguinte ▶

## EXERCÍCIOS

Em 1946, as Forças Armadas dos Estados Unidos conduziram uma experiência chamada “Operação Snowdrop” para determinar que tipos de homens militares pareciam funcionar melhor sob condições severas de clima ártico. Alguns dos factores examinados foram o peso, a idade, a pressão sanguínea e a naturalidade. A todos os participantes na “Operação Snowdrop” foi dado um curso para treinarem como sobreviver e agir sob frio extremo. Na conclusão da experiência foi verificado que apenas dois entre os factores estudados diferenciaram os homens cuja performance foi classificada como “eficaz” e os classificados como “ineficaz” nos exercícios do ártico. Esses factores foram: (1) desejo de participar na experiência, e (2) grau de conhecimento e habilidade em relação ao como viver e proteger-se a si próprio sob condições árticas.

1. Não obstante o curso de treino dado a todos os participantes na “Operação Snowdrop”, alguns deles exibiram maiores conhecimentos ou habilidades de sobrevivência ártica do que outros.
2. Foi acreditado pelas Forças Armadas que operações militares poderiam ser realizadas num meio-ambiente semelhante ao do ártico.
3. A maioria dos homens que participaram na “Operação Snowdrop” detestou completamente a experiência.
4. Como grupo, verificou-se que os homens de origem Escandinava funcionam mais eficazmente sob severas condições árticas do que os de origem Latina.
5. Os participantes com peso e pressão sanguínea normal foram classificados como significativamente mais eficazes nos exercícios árticos do que os outros participantes.

---

O Sr. João, que vive na cidade de Salem, foi presente ao tribunal municipal de Salem pela sexta vez no passado mês sob a acusação de manter o salão de jogos aberto após uma hora da manhã. Ele, uma vez mais, admitiu a sua culpa e foi multado no máximo, \$500 (dólares), como em cada uma das vezes anteriores.

6. Nalgumas noites, era vantajoso para o Sr. João manter o salão de jogos aberto depois da uma hora da manhã, apesar do risco de pagar uma coima de \$500.
7. O salão de jogos do Sr. João foi embargado pelo tribunal municipal para estar sob a jurisdição legal da cidade de Salem.
8. O Sr. João infringiu repetidamente a lei de encerrar a uma hora da manhã na esperança de conseguir a sua revogação.
9. A coima máxima de \$500 foi completamente eficaz em manter todos os salões de jogos da cidade de Salem e os seus arredores fechados depois da uma hora da manhã.
10. Houve uma semana durante o mês passado em que o Sr. João cumpriu o horário legal de encerramento em cada noite.

Há algum tempo atrás, uma multidão reuniu-se em Middletown para ouvir falar o novo presidente da Câmara de Comércio Local. O presidente disse: “Eu não estou a pedir, mas a exigir que os sindicatos dos trabalhadores aceitem agora a sua parte de responsabilidade no desenvolvimento cívico e bem estar comunitário. Eu não estou a pedir, mas a exigir que eles se juntem à Câmara de Comércio”. Os membros da Central dos Sindicatos de Trabalhadores que estavam presentes aplaudiram entusiasticamente. Três meses depois todos os sindicatos de trabalhadores em Middletown estavam representados na Câmara de Comércio. Estes representantes trabalharam com os representantes de outros grupos em comitês, disseram o que pensavam, participaram activamente nos projectos de desenvolvimento cívico, e ajudaram a Câmara a atingir os objectivos traçados em conexão com aqueles projectos.

11. Ambos, os representantes dos sindicatos dos trabalhadores e outros membros de comitês chegaram a um melhor reconhecimento dos pontos de vista de cada um através dos seus contactos com a Câmara de Comércio.
12. A participação dos sindicatos na Câmara de Comércio de Middletown reduziu muito as disputas de gestão de trabalhadores naquela cidade.
13. A participação activa dos sindicatos dos trabalhadores resolveu muitas controvérsias em todas as reuniões de comité da Câmara de Comércio.
14. A maioria dos representantes dos sindicatos lamentou ter aceite o convite para participar na Câmara de Comércio.
15. Alguns dos membros da Câmara de Comércio sentiram que o seu presidente não tinha sido sensato ao pedir aos representantes dos sindicatos para se juntarem à Câmara.
16. O novo presidente indicou no seu discurso que os sindicatos dos trabalhadores da cidade não tinham ainda aceite a sua completa responsabilidade para o desenvolvimento cívico.

Passa à página seguinte ▶

## PARTE 2: IDENTIFICAÇÃO DE PRESSUPOSTOS

### INSTRUÇÕES

Um pressuposto é algo que é assumido ou tido como garantido. Quando diz, “Vou formar-me em Junho”, toma como garantido ou assume que estará vivo em Junho, que a sua escola irá avaliá-lo para ser elegível para graduação em Junho e coisas similares.

Em baixo está um conjunto de enunciados. Cada enunciado é seguido por vários pressupostos considerados. Você terá que decidir para cada pressuposto se uma pessoa, ao fazer o enunciado dado, está realmente a fazer aquele pressuposto – isto é, tomando-o como garantido, justificadamente ou não.

Se você pensa que o dado pressuposto é aceite como garantido no enunciado, faça uma acentuada marca preta por baixo de “PRESSUPOSTO ASSUMIDO” no local próprio na folha de respostas. Se você pensa que o pressuposto *não* é necessariamente tomado como garantido no enunciado, enegreça o espaço por baixo de “PRESSUPOSTO NÃO ASSUMIDO”. Lembre-se de julgar cada pressuposto independentemente.

Em baixo está um exemplo. O bloco à direita mostra como estes itens devem ser marcados na folha de respostas.

#### EXEMPLO

**Enunciado:** “Precisamos de ganhar tempo em lá chegar, então será melhor irmos de avião.”

**Pressupostos considerados:**

- |   | Parte 2     |              |
|---|-------------|--------------|
|   | Pressuposto |              |
|   | Assumido    | Não Assumido |
| 1. Ir de avião levará menos tempo do que ir por outros meios de transporte. (É assumido no enunciado que a maior velocidade de um avião comparado com as velocidades de outros meios de transporte irá permitir ao grupo atingir o seu destino em menos tempo.) | 1 ■         | □            |
| 2. Existe serviço de avião disponível para nós para pelo menos parte da distância do destino. (Isto é necessariamente assumido no enunciado, uma vez que, para que se poupe tempo de avião, tem de ser possível ir de avião.)                                   | 2 ■         | □            |
| 3. Viajar de avião é mais conveniente do que viajar de combóio. (Esta assumpção não foi feita no enunciado – o enunciado tem a ver com o poupar tempo, e diz nada acerca da conveniência ou acerca de algum outro modo específico de viajar.)                   | 3 □         | ■            |

### EXERCÍCIOS

**Enunciado:** “A longo prazo, a descoberta de usos adicionais para a energia atômica irá provar-se benéfico para a humanidade.”

**Pressupostos considerados:**

17. Modos adicionais e benéficos de utilização da energia atômica serão descobertos.

18. A descoberta de utilizações adicionais para a energia atômica requererá largos investimentos de dinheiro a longo prazo.

19. A utilização da energia atômica representa um sério perigo ambiental.

**Enunciado:** “Zenith é a cidade para se mudar – ela tem os impostos mais baixos.”

**Pressupostos considerados:**

20. Impostos mais baixos implicam gestão mais eficiente da cidade.

21. Ao decidir onde viver é importante evitar altos impostos.

22. A maioria dos residentes em Zenith está contente com o actual governo da cidade.

**Enunciado:** “Temos permitido a nós próprios sermos moldados numa vida de alta pressão não natural e perigosa. Nós ritmamo-nos a nós próprios por máquinas em vez de pelo nosso ritmo natural”.

**Pressupostos considerados:**

23. Podemos resistir a ser empurrados para uma vida de alta pressão não natural.

24. O modo de vida que temos adoptado não está em sintonia com o modo como os seres humanos deveriam viver.

25. O ritmo rápido das nossas vidas não nos ajuda a atingir os nossos objectivos.

**Enunciado:** “Irei viajar para a América do Sul. Quero ter a certeza de que não apanho febre tifóide, então irei ao meu médico e fico vacinado contra a febre tifóide antes de iniciar a minha viagem.”

**Pressupostos considerados:**

26. Se eu não levar a injeção, ficarei doente com a febre.

27. Através da vacina contra a febre tifóide, diminuo as chances de contrair a doença.

28. A febre tifóide é mais comum na América do Sul do que onde vivo.

29. O meu médico pode providenciar-me com a vacina que irá proteger-me de ter a febre tifóide enquanto estou na América do Sul.

**Enunciado:** “Se a guerra é inevitável, seria melhor lançar uma guerra preventiva agora enquanto temos a vantagem.”

**Pressupostos considerados:**

30. A guerra é inevitável.

31. Se lutarmos agora, temos mais probabilidades de ganhar do que se fôssemos forçados a lutar depois.

32. Se não lançarmos uma guerra preventiva agora, nós perderemos qualquer guerra que pode ser iniciada por um inimigo mais tarde.



## PARTE 3: DEDUÇÃO

### INSTRUÇÕES

Nesta parte, cada exercício consiste em vários enunciados (premissas) seguidos de várias conclusões sugeridas. *Para efeitos deste instrumento, considere os enunciados em cada exercício como verdadeiros sem exceção.* Leia a primeira conclusão debaixo dos enunciados. Se pensa que ele *necessariamente* resulta dos enunciados dados, faça uma marca preta carregada sob "CONCLUSÃO RESULTA DE" no local próprio da folha de respostas. Se pensa que ela *não é uma conclusão necessária* dos enunciados dados, coloque uma acentuada marca negra sob "CONCLUSÃO NÃO RESULTA DE", embora possa crer ser verdadeira pelo seu conhecimento geral.

Igualmente, leia e julgue cada uma das outras conclusões. Tente não deixar os seus preconceitos influenciarem o seu julgamento – limite-se apenas aos enunciados dados (premissas) e julgue se cada conclusão resulta ou não necessariamente deles.

A palavra "alguns" em qualquer destes enunciados significa uma parte ou quantidade indefinida da classe de objectos. "Alguns" significa *pelo menos* uma porção, e *talvez* todos os da classe. Deste modo, "Algumas férias são chuvosas" significa que *pelo menos* umas, possivelmente mais que umas, e *talvez* até todas as férias são chuvosas.

Estude cuidadosamente o exemplo antes de começar o exercício.

#### EXEMPLO

Algumas férias são chuvosas. Todos os dias chuvosos são aborrecidos. Então -

1. Dias não claros são aborrecidos. (A conclusão não resulta de. Você não pode saber a partir do enunciado se os dias claros são ou não aborrecidos. Alguns podem ser).

2. Algumas férias são aborrecidas. (A conclusão necessariamente resulta dos enunciados uma vez que, de acordo com eles, as férias chuvosas devem ser aborrecidas.)

3. Algumas férias não são aborrecidas. (A conclusão não resulta, embora você possa saber que algumas férias são muito agradáveis.)

#### Parte 3

	Conclusão	
	Resulta de	Não Resulta de
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### EXERCÍCIOS

Nenhuma pessoa que pensa cientificamente coloca alguma fé nas predições de astrólogos. No entanto, há muitas pessoas que confiam em horóscopos fornecidos por astrólogos.

Então -

33. Pessoas com pouca confiança nos horóscopos pensam cientificamente.

34. Muitas pessoas não pensam cientificamente.

35. Alguns pensadores científicos confiam em alguns astrólogos.

Todos os membros de orquestras sinfônicas gostam de tocar música clássica. Todos os membros da orquestras sinfônicas gastam longas horas praticando. Então -

36. Os músicos que tocam música clássica não se importam de gastar longas horas praticando.

37. Alguns músicos que gastam longas horas praticando, gostam de tocar música clássica.

Arroz e aipo têm de ter uma grande quantidade de humidade para crescerem bem, mas o centeio e o algodão crescem melhor onde é relativamente seco. Arroz e algodão crescem onde é quente, e o aipo e o centeio onde é frio. Na região de Timbuktu, é muito quente e húmido. Então -

38. Nem as condições de temperatura nem de humidade em Timbuktu são favoráveis ao crescimento de produções de aipo.

39. As condições de temperatura e humidade em Timbuktu são mais favoráveis para o crescimento de arroz que para o crescimento de aipo, algodão ou centeio.

40. As condições em Timbuktu não são completamente favoráveis para o crescimento de algodão ou plantações de aipos.

A maioria das pessoas que tenta quebrar o seu hábito de fumar acha que isto é algo que elas só podem cumprir com dificuldade ou não podem cumprir de todo. No entanto, existe um crescente número de indivíduos cujo forte desejo para parar de fumar tornou possível quebrar o hábito permanentemente. Então -

41. Apenas os fumadores que desejam fortemente deixar de fumar terão sucesso em fazê-lo.

42. Um forte desejo para deixar de fumar ajuda algumas pessoas a quebrarem o hábito permanentemente.

Numa cidade existem 52 classes nas cinco escolas básicas. Cada classe contém desde 10 a 40 alunos. Então -

43. Existem pelo menos duas classes na cidade com exactamente o mesmo número de alunos.

44. A maioria das classes das escolas básicas na cidade contém mais de 15 alunos.

45. Existem pelo menos 550 alunos naquelas escolas básicas.

Alguns cidadãos do país Alfa gostariam de controlar o mundo. Todos os cidadãos deste país procuram uma vida melhor para eles próprios. Então -

46. Algumas pessoas que gostariam de controlar o mundo procuram uma vida melhor para elas próprias.

47. Algumas pessoas que procuram uma vida melhor para elas próprias gostariam de controlar o mundo.

48. Se os cidadãos do país Alfa controlassem o mundo, eles teriam assegurada uma vida melhor.

## PARTE 4: INTERPRETAÇÃO

### INSTRUÇÕES

Cada exercício seguinte consiste num curto parágrafo seguido por múltiplas conclusões sugeridas.

Para o propósito desta parte, assuma que tudo no curto parágrafo é verdadeiro. O problema é julgar se cada uma das conclusões propostas resulta logicamente ou não para além da dúvida razoável da informação dada no parágrafo.

Se pensa que a conclusão proposta resulta, para além da dúvida razoável (embora ela possa não resultar absolutamente e necessariamente), então faça uma marca preta carregada sob "CONCLUSÃO RESULTA DE" no local próprio da folha de respostas. Se pensa que a conclusão não resulta, além da dúvida razoável, dos factos dados, então enegreça o espaço sob "CONCLUSÃO NÃO RESULTA DE". Lembre-se de julgar cada conclusão independentemente.

Veja o exemplo seguinte; o bloco à direita mostra como as respostas devem ser marcadas na folha de respostas.

#### EXEMPLO

Um estudo do crescimento do vocabulário em crianças dos oito meses aos seis anos de idade mostra que o tamanho do vocabulário falado aumenta das zero palavras na idade dos oito meses para 2562 palavras aos seis anos de idade.

1. Nenhuma das crianças neste estudo tinha aprendido a falar aos seis meses de idade.

(A conclusão resulta para além de qualquer dúvida razoável, uma vez que, de acordo com o enunciado, o tamanho do vocabulário falado aos oito meses era de zero palavras).

2. O crescimento do vocabulário é mais lento durante o período em que as crianças estão aprendendo a andar. (A conclusão não resulta de, uma vez que não existe informação dada que relacione crescimento de vocabulário e andar.)

#### Parte 4

Conclusão

Resulta de      Não Resulta de

1

2

### EXERCÍCIOS

A história dos últimos 2000 anos mostra que as guerras têm-se tornado constantemente mais frequentes e destrutivas. O século vinte tem o pior registo até agora em ambas aquelas contagens.

49. A humanidade não tem avançado muito na habilidade para manter a paz.

50. Se as tendências passadas continuarem, nós podemos esperar que haverá mais guerras no século vinte e um do que houve no século vinte.

51. As guerras tornaram-se mais frequentes e mais destrutivas porque os recursos naturais mundiais têm-se tornado mais valiosos.

Quando a Corporação do Aço dos Estados Unidos foi criada em 1902, era a maior corporação que a América tinha conhecido até aquele momento. Ela produzia duas vezes mais aço do que todos os seus competidores domésticos em conjunto. Hoje, a Corporação do Aço dos Estados Unidos produz cerca de 20 por cento do aço que é produzido neste país.

52. Em 1902, a Corporação do Aço dos Estados Unidos produziu nada menos que 66 por cento do total de aço doméstico.

53. Hoje, os competidores domésticos produzem mais do que o triplo do aço que a Corporação do Aço dos Estados Unidos.

54. A Corporação do Aço dos Estados Unidos produz menos aço actualmente, do que o fazia em 1902.

O José tinha uma postura fraca, tinha muito poucos amigos, ficava inibido quando acompanhado, e em geral era muito infeliz. Então um amigo chegado recomendou que o José visitasse o Dr. Francisco, um reputado perito em ajudar pessoas a aperfeiçoar as suas personalidades. O José aceitou esta recomendação e, após três meses de tratamento com o Dr. Francisco desenvolveu mais amizades, estava mais à vontade, e em geral sentia-se mais feliz.

55. Sem o tratamento com o Dr. Francisco, o José poderia não ter melhorado.

56. Melhorias na vida do José ocorreram depois de iniciado o tratamento com o Dr. Francisco.

57. Sem o aviso do amigo, o José não teria ouvido falar do Dr. Francisco.

Passa à página seguinte ▶

Numa certa cidade, onde as leis de presença na escola são estritamente aplicadas, foi verificado que apenas 15 por cento dos estudantes tinham um registo de presença perfeito durante um semestre escolar. Contudo, entre aqueles que vendiam jornais, 25 por cento tinha o registo de presença perfeito durante o mesmo semestre.

58. Os estudantes que vendiam jornais tinham mais probabilidades de ter registos de presença perfeitos durante o semestre do que os estudantes que não vendiam.

59. O cumprimento estrito das leis de presença na escola nesta cidade não preveniu 85 por cento dos estudantes de estarem ausentes algumas vezes durante o semestre.

60. Se aos ausentes fossem dadas tarefas de vender jornais, as suas presenças na escola melhorariam.

61. A baixa taxa de total presença dos estudantes naquele sistema escolar foi devida principalmente à doença ou ferimentos.

Quando vou para a cama à noite, habitualmente adormeço imediatamente. Mas cerca de duas vezes por mês bebo café à noite, e sempre que o faço, fico acordado e remexo-me durante horas.

62. O meu problema é mais psicológico; Espero que o café me mantenha acordado e por isso fico acordado.

63. Não adormeço imediatamente à noite depois de beber café porque a cafeína em si sobrestimula o meu sistema nervoso.

64. Nas noites em que quero adormecer imediatamente, seria melhor não tomar café à noite.

Passe à página seguinte ▶

## PARTE 5: AVALIAÇÃO DE ARGUMENTOS

### INSTRUÇÕES

Ao tomar decisões acerca de questões importantes, é desejável ser capaz de distinguir entre argumentos que são fortes e argumentos que são fracos, no que diz respeito à pergunta em questão. *Para um argumento ser forte, ele tem de ser importante e estar directamente relacionado com a questão.*

Um argumento é fraco se não está directamente relacionado com a questão (embora ele possa ser de muita importância geral), se ele é de menor importância, ou se ele está relacionado apenas com aspectos triviais da questão.

Em baixo estão umas séries de questões. Cada uma delas é seguida por vários argumentos. *Para o propósito desta parte, você terá de considerar cada argumento como verdadeiro.* O problema então é decidir se ele é um forte ou um fraco argumento.

Faça uma acentuada marca preta na folha de respostas sob "ARGUMENTO FORTE" se pensa que o argumento é forte, ou sob "ARGUMENTO FRACO" se pensa que o argumento é fraco. Julgue cada argumento separadamente pelo seu próprio mérito. *Tente não deixar a sua atitude pessoal em relação à questão influenciar a sua avaliação do argumento, uma vez que cada argumento deverá ser considerado como verdadeiro.*

No exemplo, note que o argumento é avaliado tanto quanto melhor ele suporta o lado da questão indicado.

### EXEMPLO

Devem todos os homens jovens nos Estados Unidos ir para o ensino superior?

### Parte 5

#### Argumento

Forte Fraco

- |  |                                       |                                     |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Sim; o ensino superior proporciona-lhes uma oportunidade para aprenderem canções da escola e brincadeiras. (Esta seria uma razão idiota para passar anos no ensino superior).   | 1 <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Não; uma larga percentagem de homens jovens não tem habilidade suficiente ou interesse para obter qualquer benefício da formação no ensino superior. (Se isto é verdade, como as instruções requerem que nós assumamos, este é um argumento de peso contra todos os homens jovens irem para o ensino superior). | 2 <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3. Não; Estudar em excesso permanentemente deforma a personalidade de um indivíduo. (Este argumento, embora de grande importância geral quando aceite como verdadeiro, não está directamente relacionado com a questão, porque a frequência do ensino superior não requer necessariamente estudo excessivo).       | 3 <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Quando a palavra "deveria" é usada como primeira palavra em qualquer das seguintes questões, o seu significado é, "A acção proposta promoveria o bem estar geral das pessoas nos Estados Unidos?"

### EXERCÍCIOS

Será que um partido de trabalhadores forte promoveria o bem estar das pessoas dos Estados Unidos?

65. Não; um partido de trabalhadores forte não seria atractivo para os investidores privados arriscarem o seu dinheiro em negócios perigosos, promovendo então o desemprego em larga escala.

66. Sim; Diferenças entre Republicanos e Democratas hoje em dia não são tão grandes como as diferenças entre liberais e conservadores dentro daqueles partidos.

67. Não; os sindicatos dos trabalhadores têm convocado greves num número de importantes indústrias.

Deve ser permitido neste país aos grupos que se opõem às nossas políticas governamentais irrestrita liberdade de imprensa e expressão?

68. Sim; um estado democrático promove a discussão livre e irrestrita, incluindo o criticismo.

69. Não; os países que se opõem à nossa forma de governo não permitem a livre expressão dos nossos pontos de vista nos seus territórios.

70. Não; se for dada completa liberdade de imprensa e de expressão, os grupos de oposição causariam sérios conflitos internos, tornando o nosso governo fundamentalmente instável, e eventualmente conduzindo à perda da nossa democracia.

Deve o Departamento de Defesa dos Estados Unidos manter o público informado dos seus programas de investigação científica previstos através da publicação antecipada das necessidades que seriam servidas por cada programa?

71. Não; alguns tornam-se críticos do governo quando os projectos publicitados largamente se revelam sem sucesso.

72. Sim; apenas o público bem informado suportaria as actividades de investigação e desenvolvimento vitais com os dólares dos seus impostos.

73. Não; é essencial manter certos desenvolvimentos militares em segredo por razões de segurança nacional e de defesa.

Os júris decidem os casos judiciais justamente quando uma das partes que se opõem é rica e a outra é pobre?

74. Não; porque as pessoas ricas mais provavelmente arrumam os seus casos fora do tribunal.

75. Não; muitos júris são mais complacentes para com as pessoas pobres do que com as ricas, e a simpatia dos júris afeta as suas decisões.

76. Não; porque as pessoas ricas podem-se permitir pagar os serviços de melhores advogados do que as pessoas pobres e os júris são influenciados pela capacidade dos advogados oponentes.

Devem os alunos das escolas públicas ser isentados de receber instrução religiosa nas suas próprias igrejas durante as horas escolares?

77. Não; tendo as crianças das escolas públicas que sair para as suas diferentes igrejas durante as horas de escola, interferiria seriamente com o processo educativo e criaria fricção entre as crianças de diferentes religiões.

78. Sim; a instrução religiosa poderia ajudar a ultrapassar o vazio moral, fraquezas, e falta de consideração para com as outras pessoas, todas elas parecem constituir problemas actuais na nossa nação.

79. Sim; a instrução religiosa é muito importante para a preservação dos nossos valores democráticos.

80. Não; a instrução religiosa durante as horas escolares violaria a nossa separação constitucional da igreja e estado; aqueles que desejam tal instrução são livres de obtê-la depois das horas escolares.

Fim.

Pode voltar atrás e rever o seu trabalho.



**ANEXO II - Torrance Test - Pensando Criativamente, Versão A -  
Forma Verbal, tradução de Oliveira (1992)**

# NOTA EXPLICATIVA

Este pretende ser um exercício interessante durante o qual ser-lhe-ão solicitadas algumas actividades que apelam para a vossa imaginação e pensamento.

Espero que o façam da melhor forma e que se divirtam.

Não existem respostas correctas ou erradas como na maior parte daquilo que fazemos. Tentem pensar e escrever o maior número possível de ideias não usuais e interessantes.

Têm sete actividades diferentes para realizar e cada uma delas tem o seu tempo limite. Escrevam o mais depressa possível mas não se precipitem.

Depois de começarem, se quiserem fazer alguma pergunta, não falem alto. Levantem o braço e eu irei ao vosso pé e tentarei responder.

Em cada parte do formulário estão incluídas instruções específicas

Volte somente esta página quando for instruído para o fazer.

Muito Obrigado!

## ACTIVIDADE 1 a 3: Faça perguntas e suposições

As primeiras três actividades baseiam-se na figura desta página. Dar-lhe-ão a possibilidade de ver até que ponto é bom a fazer perguntas para saber o que desconhece e a fazer suposições sobre possíveis causas e consequências dos acontecimentos... Olhe para a figura. O que está a acontecer? O que pode afirmar com certeza? O que precisa saber para compreender o que está a suceder? Quais são as causas do que está a acontecer? Quais serão as consequências?





## ACTIVIDADE 1: Faça perguntas

Nesta página e seguinte escreva todas as questões em que consiga pensar sobre a figura que se encontra na página anterior, para saber com toda a certeza o que está a acontecer. Não faça perguntas a que se possa responder pelo simples facto de olhar para a figura. Pode voltar a olhar para esta todas as vezes que quiser.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

- 24. \_\_\_\_\_
- 25. \_\_\_\_\_
- 26. \_\_\_\_\_
- 27. \_\_\_\_\_
- 28. \_\_\_\_\_
- 29. \_\_\_\_\_
- 30. \_\_\_\_\_
- 31. \_\_\_\_\_
- 32. \_\_\_\_\_
- 33. \_\_\_\_\_
- 34. \_\_\_\_\_
- 35. \_\_\_\_\_
- 36. \_\_\_\_\_
- 37. \_\_\_\_\_
- 38. \_\_\_\_\_
- 39. \_\_\_\_\_
- 40. \_\_\_\_\_
- 41. \_\_\_\_\_
- 42. \_\_\_\_\_
- 43. \_\_\_\_\_
- 44. \_\_\_\_\_
- 45. \_\_\_\_\_
- 46. \_\_\_\_\_
- 47. \_\_\_\_\_
- 48. \_\_\_\_\_
- 49. \_\_\_\_\_
- 50. \_\_\_\_\_

## ACTIVIDADE 2: Suponha causas

Nesta página e seguinte escreva todas as causas possíveis da acção descrita pela figura na página 1. Pense em situações, acontecimentos ou factos que se deram imediatamente antes do que está descrito pela figura ou num passado mais longínquo mas que sejam responsáveis pelo que está a suceder. Faça todas as suposições que puder. Não tenha medo de as fazer.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_
27. \_\_\_\_\_
28. \_\_\_\_\_
29. \_\_\_\_\_
30. \_\_\_\_\_
31. \_\_\_\_\_
32. \_\_\_\_\_
33. \_\_\_\_\_
34. \_\_\_\_\_
35. \_\_\_\_\_
36. \_\_\_\_\_
37. \_\_\_\_\_
38. \_\_\_\_\_
39. \_\_\_\_\_
40. \_\_\_\_\_
41. \_\_\_\_\_
42. \_\_\_\_\_
43. \_\_\_\_\_
44. \_\_\_\_\_
45. \_\_\_\_\_
46. \_\_\_\_\_
47. \_\_\_\_\_
48. \_\_\_\_\_
49. \_\_\_\_\_
50. \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADE 3: Suponha consequências**

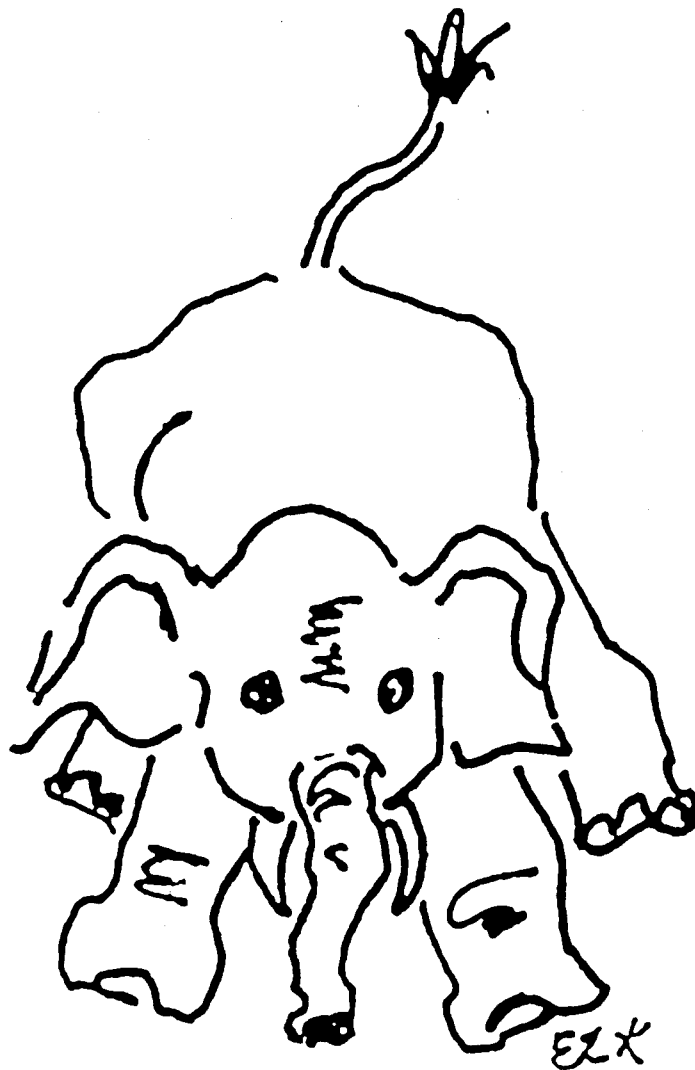
Nesta página e seguinte escreva todas as consequências possíveis da acção descrita pela figura da página 1. Pense em situações, acontecimentos ou factos que possam acontecer imediatamente depois do que está descrito pela figura ou num futuro mais longínquo mas que sejam consequências do que está a suceder. Faça todas as suposições que fôr capaz. Não tenha medo de as fazer.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_

## ACTIVIDADE 4: Melhore um produto

Nesta página encontra-se um esquema de um brinquedo de criança, um elefante do tipo dos que podem ser comprados na maior parte das lojas de brinquedos. Tem cerca de 15 cm de altura e pesa cerca de 250 g.

Nesta página e seguinte, escreva as alterações mais inteligentes, interessantes e invulgares em que consiga pensar para transformar este elefante num brinquedo que as crianças achem mais engraçado para brincar. Não se preocupe com o dinheiro que isso custaria.



1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_
- 8. \_\_\_\_\_
- 9. \_\_\_\_\_
- 10. \_\_\_\_\_
- 11. \_\_\_\_\_
- 12. \_\_\_\_\_
- 13. \_\_\_\_\_
- 14. \_\_\_\_\_
- 15. \_\_\_\_\_
- 16. \_\_\_\_\_
- 17. \_\_\_\_\_
- 18. \_\_\_\_\_
- 19. \_\_\_\_\_
- 20. \_\_\_\_\_
- 21. \_\_\_\_\_
- 22. \_\_\_\_\_
- 23. \_\_\_\_\_
- 24. \_\_\_\_\_
- 25. \_\_\_\_\_
- 26. \_\_\_\_\_
- 27. \_\_\_\_\_
- 28. \_\_\_\_\_
- 29. \_\_\_\_\_
- 30. \_\_\_\_\_
- 31. \_\_\_\_\_
- 32. \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADE 5: Pense em utilizações não habituais de caixas de papelão**

A maior parte das pessoas deita fora as caixas de papelão vazias, apesar de elas poderem ter milhares de utilizações interessantes e invulgares. Nesta página e seguinte escreva todas as que se lembrar. Não se limite a pensar em caixas apenas de um só tamanho ou de um só modelo, nem às utilizações que viu e ouviu.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_



- 24. \_\_\_\_\_
- 25. \_\_\_\_\_
- 26. \_\_\_\_\_
- 27. \_\_\_\_\_
- 28. \_\_\_\_\_
- 29. \_\_\_\_\_
- 30. \_\_\_\_\_
- 31. \_\_\_\_\_
- 32. \_\_\_\_\_
- 33. \_\_\_\_\_
- 34. \_\_\_\_\_
- 35. \_\_\_\_\_
- 36. \_\_\_\_\_
- 37. \_\_\_\_\_
- 38. \_\_\_\_\_
- 39. \_\_\_\_\_
- 40. \_\_\_\_\_
- 41. \_\_\_\_\_
- 42. \_\_\_\_\_
- 43. \_\_\_\_\_
- 44. \_\_\_\_\_
- 45. \_\_\_\_\_
- 46. \_\_\_\_\_
- 47. \_\_\_\_\_
- 48. \_\_\_\_\_
- 49. \_\_\_\_\_
- 50. \_\_\_\_\_

**ACTIVIDADE 6: Faça perguntas não usuais**

Nesta actividade escreva perguntas sobre aspectos das caixas de papelão em que as pessoas normalmente não pensam e que conduzam a uma grande variedade de respostas e suscitem nos outros o interesse e a curiosidade sobre caixas.

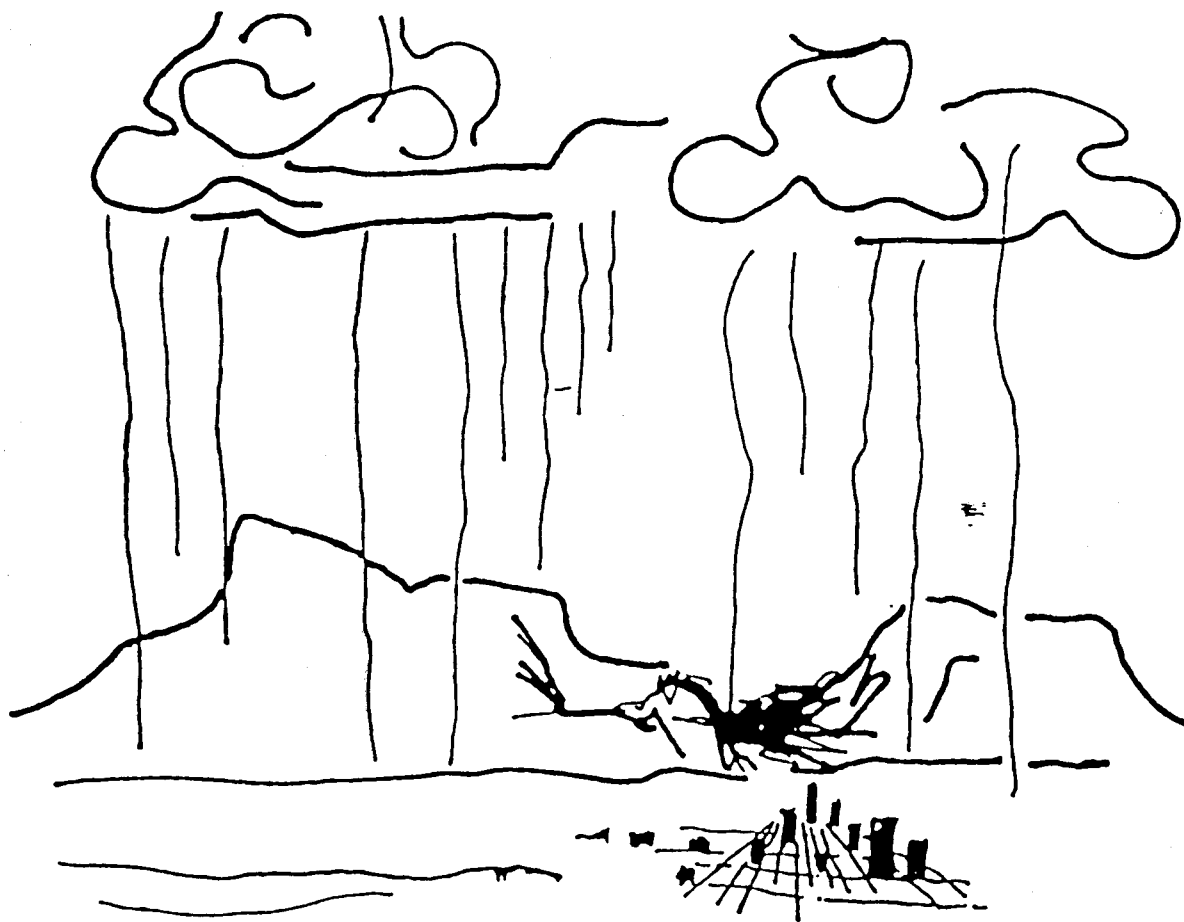
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_

- 24. \_\_\_\_\_
- 25. \_\_\_\_\_
- 26. \_\_\_\_\_
- 27. \_\_\_\_\_
- 28. \_\_\_\_\_
- 29. \_\_\_\_\_
- 30. \_\_\_\_\_
- 31. \_\_\_\_\_
- 32. \_\_\_\_\_
- 33. \_\_\_\_\_
- 34. \_\_\_\_\_
- 35. \_\_\_\_\_
- 36. \_\_\_\_\_
- 37. \_\_\_\_\_
- 38. \_\_\_\_\_
- 39. \_\_\_\_\_
- 40. \_\_\_\_\_
- 41. \_\_\_\_\_
- 42. \_\_\_\_\_
- 43. \_\_\_\_\_
- 44. \_\_\_\_\_
- 45. \_\_\_\_\_
- 46. \_\_\_\_\_
- 47. \_\_\_\_\_
- 48. \_\_\_\_\_
- 49. \_\_\_\_\_
- 50. \_\_\_\_\_

## ACTIVIDADE 7: Suponha que...

É-lhe dada agora uma situação improvável, uma que possivelmente nunca acontecerá. Mas, *suponha que* acontece. Isto dar-lhe-á a oportunidade de usar a sua imaginação para pensar em tudo o que de entusiasmante aconteceria, se esta situação improvável viesse a ser verdadeira. Por outras palavras, quais seriam as consequências? Faça todas as suposições que conseguir.

A situação improvável é a seguinte... **SUPONHA QUE há fios ou cordas que ligam as nuvens à terra.** O que aconteceria? Escreva as suas ideias e suposições na página seguinte.



1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_
20. \_\_\_\_\_
21. \_\_\_\_\_
22. \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_
24. \_\_\_\_\_
25. \_\_\_\_\_
26. \_\_\_\_\_
27. \_\_\_\_\_

**ANEXO III - Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS)**

# NOTA EXPLICATIVA

Este poderá parecer-lhe um formulário diferente.

*Poderá sentir nalguns casos dificuldades para determinar a melhor resposta. Se não estiver segura, vá pela que achar melhor.*

Por favor, responda a todos os itens. Não existe limite de tempo para o seu preenchimento.

Em cada parte do formulário estão incluídas instruções específicas

Não faça anotações nesta brochura.

Todas as respostas são para ser assinaladas na folha de respostas fornecida em separado.

Muito Obrigado!

## **POR FAVOR, NÃO ESCREVA NESTE FOLHETO.**

### **PARTE 1**

*Instruções* – Nesta parte irá ver três faces. Olhe para cada uma delas e depois indique os sentimentos que estão expressos na face. Indicará as emoções que estão presentes em cada face, usando os termos abaixo. Pode seleccionar qualquer um dos cinco números da classificação, para CADA emoção. Por exemplo, se sentir que a face decididamente expressa *ira*, irá classificar essa face em “5” ou “4” em ira. Se sentiu que a face expressou pouco *medo*, então pode classificar a face em “1” ou “2” em medo.

*Sugestão:* Não exagere na análise daquelas faces. Muitas vezes a melhor resposta é a sua primeira resposta, ou primeira impressão.

Classifique CADA face em CADA uma destas seis emoções, utilizando uma escala de 5 pontos de classificação.

REGISTE AS SUAS RESPOSTAS NA FOLHA DE RESPOSTAS.

Definitivamente NÃO Presente

Definitivamente PRESENTE

Ira	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Felicidade	1	2	3	4	5
Aversão	1	2	3	4	5
Medo	1	2	3	4	5
Surpresa	1	2	3	4	5

**FACE 1**



**FACE 2**



**FACE 3**





## POR FAVOR, NÃO ESCREVA NESTE FOLHETO.

### PARTE 2

*Instruções* – Depois de ler a história, indique como a pessoa na história se está sentindo. Pode seleccionar qualquer dos cinco graus para **CADA** emoção. (Cada história inclui um conjunto diferente de emoções!)

1. *Esta história pertence a uma mulher nos seus trintas.* Eu tenho estado a pensar acerca de fazer esta chamada telefónica e não quero fazê-la. Bom, eu quero telefonar a este fulano mas estou um pouco assustada. Eu li os anúncios pessoais nos jornais locais que este fulano escreveu e respondi-lhe há alguns dias atrás. Ele telefonou-me, deixou o seu número no meu gravador de chamadas e quer que lhe telefone logo que seja possível. Ele parecia charmoso ao telefone. Eu queria que este indivíduo fosse “o homem ideal” mas dada a terrível realidade dos meus recentes encontros, sei que ele provavelmente não o é. *Indique as emoções que a pessoa a contar a história estava a sentir:*

	Definitivamente NÃO Presente					Definitivamente PRESENTE
Alegre	1	2	3	4	5	
Zangada	1	2	3	4	5	
Envergonhada	1	2	3	4	5	
Nervosa	1	2	3	4	5	
Receosa	1	2	3	4	5	
Chocada	1	2	3	4	5	
Receptiva	1	2	3	4	5	

2. *Esta história pertence a uma mulher jovem.* Eu estava em casa e recebi esta chamada telefónica perturbadora de uma mulher com quem eu trabalho. Ela estava a transformar-se numa pessoa muito agressiva e extremamente exigente e foi francamente rude ao telefone. Ela fez exigências não razoáveis e estava muito irritada. Eu penso que ela está ciumenta e aborrecida por não estar envolvida neste projecto bem sucedido de que faço parte. Depois, eu jantei com uma amiga que é coerente e sabe o que quer. Eu estou a questionar o trabalho que estou a fazer e desejando que consiga ser mais regular e concentrada como a minha amiga. *Indique as emoções que a pessoa a contar a história estava a sentir:*

	Definitivamente NÃO Presente					Definitivamente PRESENTE
Surpreendida	1	2	3	4	5	
Aflita	1	2	3	4	5	
Zangada	1	2	3	4	5	
Encantada	1	2	3	4	5	
Ressentida	1	2	3	4	5	
Feliz	1	2	3	4	5	
Deprimida	1	2	3	4	5	

3. *Esta história pertence a um homem de meia idade.* Tudo se tem acumulado no trabalho e eu estou a ficar para trás. Tenho estado a trabalhar até tarde muitas noites, e como resultado, a minha mulher e filha estão a sentir-se excluídas. A minha relação com elas está stressada. Eu sinto que estou a desapontá-las emocionalmente. Sinto culpa por não estar com elas. Ao mesmo tempo, um membro chegado da família mudou-se para a nossa casa depois do seu

divórcio e da perda do emprego. Não temos privacidade e eu finalmente disse-lhe que tem que sair. Foi muito difícil para mim, especialmente, porque da maneira como fui educado, não se trata um convidado desta maneira. *Indique as emoções que a pessoa a contar a história estava a sentir:*

Definitivamente <b>NÃO</b> Presente						Definitivamente <b>PRESENTE</b>
Deprimido	1	2	3	4	5	
Frustrado	1	2	3	4	5	
Culpado	1	2	3	4	5	
Energético	1	2	3	4	5	
Amigo	1	2	3	4	5	
Alegre	1	2	3	4	5	
Feliz	1	2	3	4	5	

## **POR FAVOR, NÃO ESCREVA NESTE FOLHETO.**

### **PARTE 3**

*Instruções* – Para esta parte, tente criar uma emoção moderada a qual irá depois usar para resolver problemas. O objectivo **NÃO** é gerar emoções fortes, mas ser capaz de gerar uma emoção moderada. Será solicitado para imaginar um evento no futuro que poderia fazê-lo sentir duma certa maneira. Então, enquanto se está sentindo dessa maneira, irá assinalar os seus sentimentos.

*Imagine algo que lhe pode acontecer no futuro e que irá fazê-lo sentir um pouco feliz. Imagine esta felicidade até que a sinta suavemente. Não exagere: imagine apenas o suficiente para se sentir um pouco feliz. Agora, descreva os seus sentimentos em CADA um dos seguintes:*

Quente	1[ ]	2[x]	3[ ]	4[ ]	5[ ]	Frio
Claro	1[x]	2[ ]	3[ ]	4[ ]	5[ ]	Turvo

O sentimento de felicidade, para a pessoa neste exemplo, é quente e claro.

Algumas pessoas têm dificuldade nesta tarefa. Se não está seguro do como responder a estas questões, responda apenas como pensa que seria, se pudesse realmente imaginar o sentimento.

1. Imagine um evento que poderia fazê-lo um pouco **ciumento**. Imagine este evento até se sentir moderadamente ciumento. Agora, descreva os seus sentimentos em **CADA UM** dos seguintes, fazendo um círculo na sua resposta NA FOLHA DE RESPOSTAS.

Quente	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

2. Imagine um evento que poderia fazê-lo sentir um pouco **nervoso**. Imagine este evento até se sentir moderadamente nervoso. Agora, descreva os seus sentimentos em **CADA UM** dos seguintes.

Quente	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

3. Imagine um evento que poderia fazê-lo sentir tanto **orgulhoso** como **calmo**. Imagine este evento até se sentir tanto orgulhoso como calmo. Agora, descreva os seus sentimentos em **CADA UM** dos seguintes.

Quente	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto

Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

4. Imagine um evento que poderia fazê-lo sentir um pouco **embaraçado**. Imagine este evento até se sentir moderadamente embaraçado. Agora, descreva os seus sentimentos em **CADA UM** dos seguintes.

Quente	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

5. Imagine um evento que poderia fazê-lo sentir **contente** e **satisfeito**. Imagine este evento até se sentir tanto contente como satisfeito. Agora, descreva os seus sentimentos em **CADA UM** dos seguintes níveis.

Quente	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

**POR FAVOR, NÃO ESCREVA NESTE FOLHETO.**

**PARTE 4-a**

*Instruções* – Algumas emoções são mais complexas que outras e consistem de duas ou mais emoções simples. Nesta parte, será solicitado a indicar que emoções simples formam a emoção mais complexa. Aqui está um exemplo:

*A tristeza combina mais de perto com que duas destas emoções?*

a - ira e surpresa

c - decepção e aceitação

b - medo e ira

d - remorso e alegria

Há muitas formas de definir *tristeza*, mas a resposta que melhor exprime o sentido é “c”.

Para cada emoção complexa, selecione as emoções que nela estão contidas. Selecione a **única** melhor resposta e registre-a na FOLHA DE RESPOSTAS.

1. O optimismo combina mais de perto com que duas destas emoções?
  - a. prazer e antecipação
  - b. aceitação e alegria
  - c. surpresa e alegria
  - d. prazer e alegria
2. O amor combina mais de perto com que duas destas emoções?
  - a. alegria e antecipação
  - b. surpresa e antecipação
  - c. medo e alegria
  - d. aceitação e alegria
3. O desprezo combina mais de perto com que duas destas emoções?
  - a. ira e medo
  - b. medo e surpresa
  - c. aversão e ira
  - d. surpresa e aversão
4. A decepção combina mais de perto com que duas destas emoções?
  - a. tristeza e surpresa
  - b. surpresa e medo
  - c. antecipação e tristeza
  - d. ira e medo
5. O remorso combina mais de perto com que três destas emoções?
  - a. medo, aversão e culpa
  - b. antecipação, tristeza e medo
  - c. culpa, arrependimento e tristeza
  - d. tristeza, medo e ressentimento
6. A calma combina mais de perto com que três destas emoções?
  - a. relaxamento, segurança e serenidade
  - b. orgulho, alegria e amor
  - c. antecipação, aceitação e satisfação
  - d. cansaço, felicidade e aceitação

**POR FAVOR, NÃO ESCREVA NESTE FOLHETO.**

## PARTE 4-b

*Instruções* – Esta parte aborda a compreensão da progressão das emoções. Será questionado acerca do que acontece quando uma emoção se torna cada vez mais forte. Tente este exemplo:

*Alguém se sente cada vez mais feliz. Quando a sua emoção cresce, mesmo para além da felicidade, e está fora de controle, esse alguém sente:*

a - satisfação      b - contentamento      c - mania      d - alegria

Embora sejamos todos indivíduos únicos, as emoções muitas vezes seguem um certo padrão. Quando uma pessoa experimenta uma felicidade intensa, pode tornar-se alegre. Mas indo para além do sentimento de felicidade e perdendo o controle muitas vezes irá resultar em *mania*. Então, a melhor resposta para este item é a “c”.

Para cada item, tente e escolha a **única** resposta que faz o melhor sentido, e registe-a na FOLHA DE RESPOSTAS.

1. Se se sente cada vez mais culpado, e começa a questionar o seu próprio valor, sente:
  - a. depressão
  - b. medo
  - c. vergonha
  - d. piedade
2. Sentir-se cada vez mais zangado com alguém e estar a perder o controle. Isto resulta em:
  - a. regozijo
  - b. ressentimento
  - c. ódio
  - d. raiva
3. Sentir-se cada vez mais cheio de vida resulta em:
  - a. alegria
  - b. amor
  - c. surpresa
  - d. excitação
4. Sentir-se cada vez mais receoso resulta em:
  - a. alívio
  - b. terror
  - c. ira
  - d. desagrado
5. Sentir-se cada vez mais triste e aperceber-se de que não há nada que possa fazer, resulta em:
  - a. lamentação
  - b. aceitação
  - c. impotência
  - d. decepção

6. Sentir-se cada vez mais ressentido acerca daquilo que alguém tem, resulta em:

- a. inveja
- b. depressão
- c. ódio
- d. surpresa

7. Sentir-se cada vez mais zangado com alguém e depois resignar-se com o facto de que não pode mudar as coisas, resultaria no sentimento de:

- a. aversão
- b. medo
- c. ódio
- d. aceitação

8. Sentir-se cada vez mais feliz e depois relaxar a respeito disto, resulta em:

- a. alegria
- b. orgulho
- c. contentamento
- d. amor

**POR FAVOR, NÃO ESCREVA NESTE FOLHETO.**

**PARTE 5**

*Instruções* – Irá ler uma história acerca de duas pessoas. Depois será solicitado a indicar de que modo as duas pessoas se sentiriam. Tente este exemplo.

---

O João conta à sua namorada de longa data, Maria, que a ama. Indique como provavelmente seria para o João experimentar estas emoções. O João *pode* sentir-se desta forma:

	<i>Extremamente</i> IMPROVÁVEL				<i>Extremamente</i> PROVÁVEL
Amando a Maria.	1[ ]	2[ ]	3[ ]	4[ ]	5[x]
Interrogando-se se a relação irá resultar.	1[ ]	2[x]	3[ ]	4[ ]	5[ ]
<b>A <u>Maria</u> pode sentir-se deste modo:</b>					
Amando o João.	1[ ]	2[ ]	3[ ]	4[x]	5[ ]
Curiosa sobre a razão porque ele exprime agora o seu amor.	1[ ]	2[ ]	3[ ]	4[x]	5[ ]

---

**Enquanto é possível sentir de certas maneiras, indique quais os sentimentos que são mais prováveis.**

1. Uma criança de 5 anos está a brincar no parque local. Quando a mãe da criança de 5 anos levanta os olhos do seu livro, observa várias crianças mais velhas intrometendo-se com a sua criança. Ela corre para as crianças, adverte (repreende) as outras crianças e conduz a sua criança para outro lugar. A mãe de uma das crianças mais velhas está observando.

**Como se sentiria a mãe da criança mais nova? Classifique CADA resposta.**

	<i>Extremamente</i> IMPROVÁVEL			<i>Extremamente</i> PROVÁVEL	
a. Envergonhada consigo própria porque a sua criança não lidou com a situação.	1	2	3	4	5
b. Preocupada com o que a outra mãe possa pensar dela.	1	2	3	4	5
c. Zangada com as crianças mais velhas.	1	2	3	4	5
d. Zangada com a sua própria criança por incomodá-la.	1	2	3	4	5
e. Envergonhada pela sua criança.	1	2	3	4	5

**Como se sentiria a mãe da outra criança? Classifique CADA resposta.**

a. Envergonhada porque a sua criança teve de ser advertida (repreendida).	1	2	3	4	5
b. Preocupada por não poder controlar a sua criança.	1	2	3	4	5
c. Receosa do modo como a sua criança se comporta.	1	2	3	4	5
d. Orgulhosa porque a sua criança é forte e mais independente que a criança mais nova.	1	2	3	4	5
e. Zangada com a outra mãe por gritar e exaltar-se com um comportamento normal de infância.	1	2	3	4	5



2. O Francisco não está romanticamente envolvido neste momento. O Francisco decide telefonar à Mariana, uma amiga dum amigo que não vê há algum tempo. A Mariana estava um pouco fria em relação ao Francisco na última vez que ele a viu, mas ele acha-a misteriosa. Quando o Francisco telefona, a Mariana recorda-o como um tipo reservado que estava interessado em muitas coisas diferentes. Depois de falar por algum tempo, a Mariana concorda em sair com o Francisco na próxima Sexta-feira.

**Como se sente o Francisco?** Classifique **CADA** resposta.

	Extremamente IMPROVÁVEL			Extremamente PROVÁVEL	
a. Sentindo que valeu a pena o risco de telefonar à Mariana.	1	2	3	4	5
b. Sente que deveria acalmar-se para não parecer tolo no encontro.	1	2	3	4	5
c. Humilhado porque se esforçou para conseguir que a Mariana concordasse em sair.	1	2	3	4	5
d. Orgulhoso porque ela quer sair com ele.	1	2	3	4	5
e. Desapontado porque ele não convidou alguém que gostasse mais.	1	2	3	4	5

**Como se sente a Mariana?** Classifique **CADA** resposta.

	Extremamente IMPROVÁVEL			Extremamente PROVÁVEL	
a. Surpreendida por o Francisco lhe ter telefonado.	1	2	3	4	5
b. Desapontada porque alguém mais interessante não lhe telefonou.	1	2	3	4	5
c. Assustada por o Francisco parecer ser um bom fulano.	1	2	3	4	5
d. Desagrada por sentir-se pressionada a sair com o Francisco.	1	2	3	4	5
e. Consciente de que o encontro não resultará.	1	2	3	4	5

## POR FAVOR, NÃO ESCREVA NESTE FOLHETO.

### PARTE 6

*Instruções* - Irá ler acerca duma situação e algumas possíveis acções. A tarefa é indicar o modo como cada acção seria eficaz para lidar com as emoções na história. Tente este exemplo.

---

Um dos seus colegas de trabalho diz-lhe que recebeu uma verdadeira boa oferta de emprego. Quanto eficaz seria cada uma das seguintes?

	Extremamente		Extremamente		
	Ineficaz		Eficaz		
a. "É bom para ti, mas, e para mim?"	1[x]	2[ ]	3[ ]	4[ ]	5[ ]
a. "Bom para ti! Existe algo que eu pudesse fazer para ajudar?"	1[ ]	2[ ]	3[ ]	4[ ]	5[x]

Algumas respostas podem ser melhores que outras. Neste exemplo, pode não ajudar dizer "e eu?", e de mais ajuda congratular o seu colega de trabalho e desejar-lhe felicidades.

---

Nesta parte, cada resposta recebe pontos diferentes. Quando ler as acções, assuma que cada acção é possível. Por exemplo, se uma acção diz que deveria ir tomar um copo ou ir ao ginásio, *assume* que iria tomar um copo ou ao ginásio. Utilize a escala de classificação de 5 pontos para cada acção possível, para cada uma destas histórias. Se pensa que uma acção seria ineficaz, deveria classificá-la em "1" ou "2" e deveria classificar a acção em "4" ou "5", se pensa que ela seria muito eficaz.

Extremamente						Extremamente
Ineficaz	1	2	3	4	5	Eficaz

1. Um dos seus colegas no trabalho parece preocupado e pergunta-lhe se quer almoçar com ele. No restaurante, ele faz-lhe sinal para se sentar longe das outras pessoas. Depois de alguns minutos de vagarosa conversação ele diz que quer conversar consigo acerca do que lhe vai na mente. Ele diz-lhe que mentiu no seu resumo curricular acerca do grau académico. Sem a licenciatura, ele não teria conseguido o emprego. Quanto eficaz seria cada uma destas acções para ajudar o seu colega? Classifique CADA acção.

a. Pergunte-lhe o que sente acerca disto por forma a que compreenda o que se está a passar. Oferecer-se para ajudá-lo, mas não se impor, se ele realmente não quer nenhuma ajuda sua.

b. Fale-lhe sobre o que ele estava a pensar quando decidiu mentir acerca disto e quando compreendeu que tinha cometido um erro.

c. Faça com que ele fale sobre o que fez e porquê. Tente sugerir algumas ideias sobre o que ele poderia fazer.

d. Não é realmente apropriado discutir isto agora, no trabalho. Eu iria rapidamente mudar de assunto e não tratar este assunto agora. De certo modo, ele até não deveria estar a contar-me isto.

2. A Joana é uma colega de profissão que está num trabalho horrível há quase um ano. Ela habitualmente gostava da sua profissão. De facto, ela gostava até certo ponto. Mas a natureza do trabalho mudou, o seu chefe mudou várias vezes e todo o seu departamento parece estar à deriva. A Joana procura há meses um novo trabalho, mas não tem tido muita sorte. Até hoje. A Joana acaba de entrar no seu escritório e anunciou que está para aceitar uma nova posição numa companhia próxima. Ela conta-lhe isto e isto parece constituir uma grande mudança para ela. Quanto eficaz seria cada uma das seguintes acções para ajudar a Joana? Classifique **CADA** acção.

- a. São boas notícias para a Joana, mas para o resto de nós isto poderia significar mais trabalho, uma vez que uma pessoa está de saída. Eu tentaria não pensar muito sobre esta situação dado que ela disse que não era definitivo que ela estava de saída.
- b. Eu felicitaria a Joana pela oferta e depois perguntar-lhe-ia se gostaria de conversar acerca do novo emprego versus o antigo emprego e ajudá-la a decidir aceitar ou não a oferta.
- c. Estas podem ser muito boas notícias para ela, portanto, eu estaria muito feliz por ela. Duma maneira positiva, talvez durante um almoço fora, eu conversaria com ela acerca das vantagens e desvantagens do novo emprego. Gostaria de perguntar-lhe como se sentiu acerca do novo emprego e se ela estava a ponderar a oferta duma forma objectiva.
- d. A situação desagradável da Joana no seu actual emprego pode estar a enevoar o seu julgamento. Tentaria e ajudaria a compreender porque estava saindo e o que é que o novo emprego tinha para lhe oferecer no curto e longo prazo.

3. Um amigo telefona-lhe para dizer que ele e a sua namorada brigaram. Isto começou com um mínimo desacordo, mas depois de vários minutos de disputa, o desacordo tornou-se feio. Ele disse que recuou e tentou parar a discussão, mas a sua namorada não o fez. De facto, ela disse coisas muito ofensivas, e estava incrivelmente mazinha. Quanto eficaz seria cada uma das seguintes acções para ajudar o seu amigo?

- a. Oferecendo-me para ajudar o meu amigo para falar acerca disto, talvez possa fazê-lo sentir-se melhor. Mais, talvez nós poderíamos sugerir alguma maneira de resolver os problemas no relacionamento.
- b. Eu dir-lhe-ia o quanto lamentava o que lhe tinha acontecido. Oferecer-me-ia para lhe falar sobre a discussão se ele achasse que lhe ajudaria.
- c. Eu perguntar-lhe-ia se queria falar sobre isto, e se sim, tentar e ajudá-lo a encontrar a razão porque lutaram e o que cada um deles fez para contribuir para a discussão. Depois eu iria ajudá-lo a encontrar idéias sobre o que fazer.
- d. Não é apropriado para mim, perguntar o que aconteceu e ficar por dentro de alguns detalhes muito pessoais da sua vida e as suas interações com a sua namorada. Eu iria mudar de assunto para algo que é mais apropriado para a nossa relação.

4. A sua companhia acaba de anunciar que cerca de 30% das pessoas no seu grupo irão perder os seus empregos algures nos próximos 6 meses. A decisão final está ainda a ser tomada, e demorará quatro semanas antes de haver um anúncio sobre as pessoas que serão dispensadas. Quanto eficaz seria cada uma das seguintes acções?

- a. Sabia que isto ia acontecer uma vez que circulavam rumores há semanas. Uma vez que não será tomada nenhuma decisão durante algum tempo, decide que para já é melhor não se preocupar com a situação.

- b. Telefonar a um amigo que o deixaria falar do como se sentiu e talvez oferecer-se-ia para animá-lo um pouco.
  - c. Falar com amigos acerca do como se está sentindo e conseguir que eles pensem sobre o que é melhor para si.
  - d. Está demasiado chocado para falar agora, mas irá telefonar em breve a um colega de trabalho para falar sobre o que eles sentem sobre isto.
5. Amanhã é o seu décimo aniversário de casamento. O casamento tem tido os seus altos e baixos, mas tem sido uma fonte de satisfação e felicidade para ambos. Quando chegar a casa hoje à noite, a sua esposa diz-lhe o quanto maravilhoso você tem sido todos estes anos e o quanto feliz ela está por ter casado consigo. Quanto eficaz seria cada uma das seguintes acções?
- a. Comprar um belo presente para a minha esposa que expresse os meus sentimentos e depois sair para nos divertirmos, e conversar sobre os últimos dez anos e dos dez próximos anos.
  - b. As celebrações são tão raras para perder uma oportunidade como esta. Iria celebrar com uma bebida, ou fazer algo que realmente gostaria.
  - c. É necessária a celebração. Eu também usaria esta altura como uma oportunidade para pensar sobre o que manteve o casamento vivo todos estes anos.
  - d. Eu expressaria os meus sentimentos à minha esposa e apenas desfrutaria o momento.
6. O seu trabalho tem corrido bem. O trabalho em si é interessante e sente que o seu chefe e colegas valorizam as suas contribuições. A companhia em si está bem e a indústria em que está aparenta estar estável e em boa forma. De um modo geral sente-se muito bem na sua carreira. Quanto eficaz seria cada uma das seguintes acções?
- a. Eu partilharia a minha felicidade com os meus amigos.
  - b. Eu não deixaria estes sentimentos interferissem na forma de fazer um bom trabalho. Quando as pessoas estão contentes e felizes, podem por vezes perder a concentração. Portanto, seria melhor atirar-me ao meu trabalho.
  - c. Algumas vezes, as pessoas podem sentir-se em cima ou em baixo e isto nem sempre significa o que realmente se está a passar. Este é um momento favorável para mim, portanto eu iria apenas descontraír e desfrutá-lo.
  - d. Eu iria apenas divertir-me, desfrutar os sentimentos. E pensaria sobre o que é que tem acontecido para me sentir deste modo.

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!. POR FAVOR, DEIXE NA MESA TODOS OS MATERIAIS.

# FOLHA DE RESPOSTAS

POR FAVOR, ASSINALE COM UM CÍRCULO AS SUAS RESPOSTAS. NÃO RISQUE.

## PARTE 1

Definitivamente Não / Definitivamente Presente

<b>1. Ira</b>	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Felicidade	1	2	3	4	5
Aversão	1	2	3	4	5
Medo	1	2	3	4	5
Surpresa	1	2	3	4	5

<b>2. Ira</b>	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Felicidade	1	2	3	4	5
Aversão	1	2	3	4	5
Medo	1	2	3	4	5
Surpresa	1	2	3	4	5

<b>3. Ira</b>	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Felicidade	1	2	3	4	5
Aversão	1	2	3	4	5
Medo	1	2	3	4	5
Surpresa	1	2	3	4	5

## PARTE 2

Definitivamente Não / Definitivamente Presente

<b>1. Alegre</b>	1	2	3	4	5
Zangada	1	2	3	4	5
Envergonhada	1	2	3	4	5
Nervosa	1	2	3	4	5
Receosa	1	2	3	4	5
Chocada	1	2	3	4	5
Receptiva	1	2	3	4	5

<b>2. Surpreendida</b>	1	2	3	4	5
Aflita	1	2	3	4	5
Zangada	1	2	3	4	5
Encantada	1	2	3	4	5
Ressentida	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Deprimida	1	2	3	4	5

<b>3. Deprimido</b>	1	2	3	4	5
Frustrado	1	2	3	4	5
Culpado	1	2	3	4	5
Energético	1	2	3	4	5
Amigo	1	2	3	4	5
Alegre	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5

## PARTE 3

<b>1. Quente</b>	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

<b>2. Quente</b>	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro

Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

<b>3. Quente</b>	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

<b>4. Quente</b>	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

<b>5. Quente</b>	1	2	3	4	5	Frio
Escuro	1	2	3	4	5	Claro
Baixo	1	2	3	4	5	Alto
Laranja	1	2	3	4	5	Azul
Rápido	1	2	3	4	5	Lento

## PARTE 4-a)

[ Escolha a única ]

1. a b c d	4. a b c d
2. a b c d	5. a b c d
3. a b c d	6. a b c d

## PARTE 4-b)

[ Escolha a única ]

1. a b c d	5. a b c d
2. a b c d	6. a b c d
3. a b c d	7. a b c d
4. a b c d	8. a b c d

## PARTE 5

Extremamente IMPROVÁVEL / Extremamente PROVÁVEL

### 1a) Mãe da criança mais nova

a. Envergonhada	1	2	3	4	5
b. Preocupada	1	2	3	4	5
c. Zangada com as crianças mais velhas	1	2	3	4	5

d. Zangada com a sua própria criança	1	2	3	4	5
e. Envergonhada	1	2	3	4	5

### 1b) Mãe da outra criança

a. Envergonhada	1	2	3	4	5
b. Preocupada	1	2	3	4	5
c. Receosa	1	2	3	4	5
d. Orgulhosa	1	2	3	4	5
e. Zangada	1	2	3	4	5

### 2a) Francisco

a. Valeu a pena o risco	1	2	3	4	5
b. Deveria acalmar-se	1	2	3	4	5
c. Humilhado	1	2	3	4	5
d. Orgulhoso	1	2	3	4	5
e. Desapontado	1	2	3	4	5

## 2b) Mariana

a. Surpreendida	1	2	3	4	5
b. Desapontada	1	2	3	4	5
c. Assustada	1	2	3	4	5
d. Desagradada	1	2	3	4	5
e. Consciente	1	2	3	4	5

## PARTE 6

Extremamente Ineficaz / Extremamente Eficaz

### 1. Colega

a. Pergunte-lhe	1	2	3	4	5
b. Fale-lhe	1	2	3	4	5
c. Faça com que ele fale	1	2	3	4	5
d. Não apropriado	1	2	3	4	5

### 2. Joana

a. São boas	1	2	3	4	5
b. Felicitar	1	2	3	4	5
c. Estas podem ser	1	2	3	4	5
d. Situação desagradável	1	2	3	4	5

### 3. Namorada

a. Oferecer ajuda	1	2	3	4	5
b. Dizer-lhe o quanto lamenta	1	2	3	4	5
c. Perguntar se queria falar	1	2	3	4	5
d. Não apropriado	1	2	3	4	5

### 4. Despedimentos na Companhia

a. Sabia	1	2	3	4	5
b. Telefonar a um amigo	1	2	3	4	5
c. Falar com amigos	1	2	3	4	5
d. Demasiado chocada	1	2	3	4	5

### 5. 10º Aniversário

a. Comprar presente	1	2	3	4	5
b. Celebrar	1	2	3	4	5
c. Pensar acerca de	1	2	3	4	5
d. Expressar	1	2	3	4	5

### 6. Trabalho a correr bem

a. Partilhar	1	2	3	4	5
b. Não deixar os sentimentos	1	2	3	4	5
c. Algumas vezes	1	2	3	4	5
d. Apenas divertir-se	1	2	3	4	5

## **ANEXO IV - Questionários aplicados aos participantes no pré-teste**

## Observações sobre o Teste WGCTA

Como é do seu conhecimento, o teste que acabou de realizar é uma primeira aplicação da tradução Portuguesa da Avaliação do Pensamento Crítico de Watson-Glaser, passível ainda de ser melhorada.

A sua experiência constitui um contributo muito importante para o seu aperfeiçoamento. Por isso agradecemos antecipadamente que preencha os itens que se seguem.

1 – Tempo gasto no preenchimento: [ ] minutos.

2 – Sentiu dificuldades na compreensão do conteúdo do teste?

Sim [ ]

Não [ ]

Se sim, em que partes ou itens do teste sentiu mais dificuldades e quais?

---

---

---

3 – A linguagem utilizada no teste é clara?

Sim [ ]

Não [ ]

4 – A existência de nomes de pessoas e cidades em língua Inglesa interferiu no seu raciocínio?

Sim [ ]

Não [ ]

5 – A aspecto gráfico da folha de respostas é:

Muito adequado [ ]

Adequado [ ]

Pouco adequado [ ]

Inadequado [ ]

6 – O preenchimento da folha de respostas é:

Muito Fácil [ ]

Fácil [ ]

Algo difícil [ ]

Muito difícil [ ]

Refira algumas sugestões para melhorar a folha de respostas:

---

---

---

---

---

7 – Se lhe ocorre sugerir algo, faça o favor de o fazer.

---

---

---

Muito Obrigado!

## Observações sobre o Teste MEIS™

Como é do seu conhecimento, o teste que acabou de realizar é uma primeira aplicação da tradução Portuguesa da Escala Multifactorial de Inteligência Emocional de Mayer-Salovey-Caruso, passível ainda de ser melhorada.

A sua experiência constitui um contributo muito importante para o seu aperfeiçoamento. Por isso agradecemos antecipadamente que preencha os itens que se seguem.

1 – Tempo gasto no preenchimento: [ ] minutos.

2 – Sentiu dificuldades na leitura das três figuras (faces) da página 3?

Sim [ ]

Não [ ]

Se sim, quais?

---

3 – Sentiu dificuldades na compreensão do conteúdo do teste?

Sim [ ]

Não [ ]

Se sim, em que partes ou itens do teste sentiu mais dificuldades e quais?

---

4 – A linguagem utilizada no teste é clara?

Sim [ ]

Não [ ]

5 – A aspecto gráfico da folha de respostas é:

Muito adequado [ ]

Adequado [ ]

Pouco adequado [ ]

Inadequado [ ]

6 – O preenchimento da folha de respostas é:

Muito Fácil [ ]

Fácil [ ]

Algo difícil [ ]

Muito difícil [ ]

Se sentiu dificuldade, refira algumas sugestões para melhorar a folha de respostas:

---

7 – Se lhe ocorre sugerir algo, faça o favor de o fazer.

---

Muito Obrigado!



**ANEXO V - Carta endereçada aos elementos do júri para a validação  
da análise de conteúdo**

**Exma. Sra. Enf<sup>a</sup> (nome)**

Como é do seu conhecimento, encontro-me a elaborar um trabalho de investigação no âmbito do programa de doutoramento que actualmente frequento no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, cujo título é: A Influência dos Padrões de Habilidade Cognitiva no processo de Decisão Clínica de Enfermagem.

De momento, estou a ultimar o processo de análise do conteúdo dos registos das Notas de Campo (NC), Entrevistas (ENT), Gravações das Verbalizações do Pensamento (GVP) das participantes durante o processo de prestação de cuidados.

Neste sentido, e de acordo com a nossa conversa preliminar, solicitamos-lhe que faça o favor de nos dar a sua opinião acerca da codificação das unidades de registo apresentadas nas subcategorias, de acordo com a respectiva definição, assinalando à frente de cada uma das passagens um X, na coluna correspondente a “Concordo” ou “Discordo”. Em qualquer dos casos poderá, se o pretender, escrever o seu comentário, conforme exemplo que abaixo lhe apresentamos:

Exemplo de concordância com a codificação da unidade de registo “... Tentam estimular a utente...”, codificada na subcategoria “Estimular a Utente”, de acordo com a definição apresentada na primeira linha do quadro seguinte.

<b>Categoria:</b> <u>Estimular a utente.</u>			
<b>Definição:</b> Registos de observação de comportamentos ou de verbalizações de interacções que denotavam a intenção de aumentar o nível de consciência ou de resposta das utentes.			
<b>Unidade de Registo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Observação</b>
“... Tentam estimular a utente...” NC15	X		

Agradecendo antecipadamente a vossa prestimosa colaboração, apresentamos os nossos melhores cumprimentos pessoais.

Funchal, 13 de Março de 2003

(Élvio Henriques de Jesus)

**ANEXO VI - Primeiro parecer da Comissão de Ética**



S. R.  
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS  
DIRECÇÃO REGIONAL DOS HOSPITAIS  
CENTRO HOSPITALAR DO FUNCHAL

CHF - Centro Hospitalar do Funchal  
**SAÍDA**  
S.0104950 / 3 2001/05/17  
Secretaria Regional

[  
Exm.º Senhor  
Enf.º Supervisor Élvio Henriques de  
Jesus  
A/C do Centro Hospitalar do Funchal  
]

Sua referência	Sua comunicação	N/Ofício	Data
	30.04.2001		

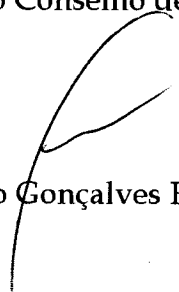
**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS**

Relativamente ao pedido apresentado por V. Ex.ª, para efectuar colheita de dados nas Unidades de Medicina I, II e III Mulheres, para elaboração de Tese de Doutoramento subordinado ao tema "Influência dos Padrões de Habilidade Cognitiva no Processo de Decisão Clínica de Enfermagem", informo V. Ex.ª. de que o Conselho de Administração autoriza a continuação do trabalho na condição de serem fornecidos os elementos solicitados pela Comissão de Ética, nos termos do Parecer, que abaixo transcrevo:

"A CES/CHF na sua reunião de 08/05/01, deliberou que só se pode pronunciar quanto ao requerido no momento em que estiver na posse do ou dos modelos de recolha de informação a adoptar no estudo em causa."

Com os melhores cumprimentos.

Pel'O Presidente do Conselho de Administração

  
Luís Adelino Gonçalves Fragoeiro

**ANEXO VII - Segundo parecer da Comissão de Ética**



S. R.  
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS  
DIRECÇÃO REGIONAL DOS HOSPITAIS  
CENTRO HOSPITALAR DO FUNCHAL

[  
Exmº. Senhor  
Enfº. Supervisor Elvino Henriques de  
Jesus  
Centro Hospitalar do Funchal  
]

CHF - Centro Hospitalar do Funchal

**SAÍDA**

S.0106771 / 3 2001/07/11

Secretaria Geral

Sua referência                      Sua comunicação                      N/Ofício                      Data

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS**

Em aditamento ao n/ofício nº. 4950/3, de 2001.05.17, informo V. Ex<sup>a</sup>. de que foi autorizada a colheita de dados nas Unidades de Medicina I, II e III Mulheres, para elaboração de Tese de Doutoramento subordinado ao tema "Influência dos Padrões de Habilidade Cognitiva no Processo de Decisão Clínica de Enfermagem", nos termos do Parecer da Comissão de Ética, que abaixo transcrevo:

"A CES/CHF na sua reunião de 04/07/2001, já estando na posse dos modelos de recolha de informação a adoptar, assim como da folha de informação e de consentimento informado, deliberou autorizar a colheita de dados solicitada, por não levantar qualquer problema de ordem ética."

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

Filomeno Paulo Gomes

**ANEXO VIII - Modelo de consentimiento informado escrito**

## **Informação aos Participantes**

O estudo para o qual está sendo solicitada a sua participação faz parte da tese de doutoramento de Élvio Henriques de Jesus, denominada "Influência dos Padrões de Habilidade Cognitiva no Processo de Decisão Clínica de Enfermagem".

Os seus principais objectivos são a descrição do processo de tomada de decisão clínica de enfermagem e a identificação de relações entre padrões cognitivos e padrões de tomada de decisão clínica de enfermagem.

Os dados serão progressivamente recolhidos através dos métodos de observação participante, entrevistas e aplicação de instrumentos para a determinação de estilos cognitivos.

A observação participante incidirá, sobretudo, no processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, não sendo por isso considerada a adequação nem o resultado da mesma. Numa fase ulterior, prevemos efectuar alguns registos áudio do processo de raciocínio subjacente a algumas dessas decisões.

As entrevistas efectuar-se-ão na medida em que forem considerados necessários esclarecimentos sobre alguns dos aspectos observados.

Na última etapa do estudo, as participantes serão solicitadas a efectuar testes de estilos cognitivos, de cujo objectivo e procedimento serão devidamente esclarecidas.

Ciente das regras éticas que um trabalho desta natureza implicam, comprometo-me a assegurar a confidencialidade e o anonimato, o respeito pelos direitos das participantes, incluindo o de recusa em participar, e a ausência de riscos.

Após a discussão pública da tese, toda a informação individual, independentemente do seu suporte, será totalmente destruída.

### **Declaração**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que tive conhecimento da informação acima referida e que me foi dada oportunidade para solicitar esclarecimentos adicionais relacionados com a minha participação no estudo.

\_\_\_\_\_  
( Assinatura )

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

( Data )



**ANEXO IX - Definições das categorias do Modelo de Decisão Clínica  
de Enfermagem**

## Apresentação das definições das categorias e subcategorias do Modelo de Decisão Clínica de Enfermagem

### 1. Interagir

<p><b>1. Interagir com a Utente ou Pessoa Significativa</b></p> <p>Incluimos na categoria "Interagir" as unidades de registo de observações ou verbalizações reveladoras de inter-relação com as utentes e pessoas significativas, ou à criação de ambientes facilitadores desta relação, codificadas nas subcategorias: "criar condições ambientais", "estabelecer relação com a utente ou pessoa significativa", "ensinar / explicar", "informar / obter consentimento", "estimular", "incrementar a participação", "reforçar o poder de decisão", "incutir segurança / confortar" e "distrair / fazer humor."</p>	<p><b>1.1. Criar Condições Ambientais</b></p> <p>Codificámos nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações referentes a comportamentos das enfermeiras susceptíveis de proporcionar condições ambientais gerais ou facilitadoras da relação, que promovam o bem-estar das utentes ou evitem o agravamento da sua situação, o atendimento de utentes ou seus familiares, e ainda o acolhimento das utentes na unidade, quando regressados de consultas ou realização de exames auxiliares de diagnóstico.</p>
	<p><b>1.2. Estabelecer Relação com a Utente ou Pessoa Significativa</b></p> <p>Incluimos nesta subcategoria as descrições que pudessem ser interpretadas como comportamentos das enfermeiras (ações de enfermagem) junto das utentes, reveladores de estabelecimento de relação com a utente ou pessoa significativa.</p>
	<p><b>1.3. Ensinar / Explicar</b></p> <p>Considerámos esta subcategoria quando estávamos em presença de registos de observação de comportamentos ou de verbalizações que visavam o ensino da utente sobre a sua saúde, ou denotavam uma acção de esclarecimento de um qualquer aspecto do cuidado à utente ou pessoa significativa.</p>
	<p><b>1.4. Informar / Obter Consentimento</b></p> <p>Considerámos esta subcategoria, sempre que os registos sugeriam que as enfermeiras se dirigiam verbalmente às utentes ou familiares para lhes dizer o que vão fazer ou prestar qualquer informação, sem</p>

	<p>entrar contudo em detalhes (diferente de explicar), consistiam de “directrizes e orientações” às utentes sobre os diferentes aspectos do cuidado, ou evidenciavam comportamentos ou verbalizações por parte das participantes com o propósito de solicitar autorização à utente (implícita ou explicitamente).</p>
	<p><b>1.5. Estimular</b></p> <p>Considerámos nesta subcategoria as unidades de registo de observação de comportamentos ou de verbalizações de interações que denotavam a intenção de aumentar o nível de consciência ou de resposta das utentes.</p>
	<p><b>1.6. Incrementar a Participação</b></p> <p>Considerámos esta subcategoria quando estávamos em presença de registos de observações ou de verbalizações que evidenciassem, por parte das enfermeiras, uma solicitação implícita ou explícita, de colaboração da utente, denotassem um incentivo ou estímulo à sua colaboração, ou implicação da utente ou pessoa significativa nos cuidados.</p>
	<p><b>1.7. Reforçar o Poder de Decisão</b></p> <p>Considerámos nesta subcategoria as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações por parte das enfermeiras, reveladoras de respeito pela opinião ou preferência da utente, comportamento de validação, pedido de opinião explícito ou implícito à utente, ou ainda sempre que a enfermeira combinava algo com a utente, com a sua anuência.</p>
	<p><b>1.8. Inculir Segurança / Confortar</b></p> <p>Foram codificadas nesta subcategoria as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações que denotassem uma intenção implícita ou explícita de tranquilizar as utentes, ou evidenciassem uma intervenção no sentido de lhes proporcionar conforto ou bem-estar.</p>
	<p><b>1.9. Distrair / Fazer Humor</b></p> <p>Considerámos esta subcategoria sempre que os registos denotavam comportamentos ou verbalizações sugestivas de realização ou intenção de “desconversar” com a utente, provocar o seu sorriso ou distração.</p>

## 2. Conhecer a Utente

<p><b>2 - Conhecer a Utente</b></p> <p>Na categoria “Conhecer a Utente” incluímos as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações reveladoras de comportamentos que visam obter um conhecimento mais aprofundado das utentes ou pessoas significativas, e que foram codificadas nas subcategorias “obter informação”, “relacionar informação”, “interpretar informação”, e “inferir / formular juízos”.</p>	<p><b>2.1. Obter Informação Adicional</b></p> <p>Considerámos “obter informação adicional” as situações em que se depreendia que, embora na posse de alguma informação, a enfermeira procurava mais dados, utilizando para tal qualquer das estratégias incluídas nesta subcategoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar e procurar informação relevante</li> <li>• Reconhecer padrões</li> <li>• Observar</li> <li>• Questionar</li> <li>• Monitorizar</li> <li>• Escutar</li> <li>• Palpar</li> <li>• Consultar registos</li> </ul>	<p><b>0.0.0. Actividades Simultâneas ou Consecutivas</b></p> <p>Nesta estratégia incluímos algumas unidades de registo de observações ou verbalizações relativas a acções que acontecem de facto em simultâneo ou de modo consecutivo.</p>
		<p><b>2.1.1. Identificar e Procurar Informação Relevante</b></p> <p>Nesta subcategoria “identificar informação relevante” considerámos apenas os registos de observações ou de verbalizações em que se depreendia que a enfermeira procurava mais informação a partir de dados que considerara particularmente importantes.</p>
		<p><b>2.1.2. Reconhecer Padrões</b></p> <p>Codificámos nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações que nos pareceram reveladoras da captação de algumas características da situação da utente, ainda pouco evidente, mas integradas num conjunto (padrão) reconhecido pela enfermeira como revelador de uma determinada situação ou prenunciador de uma certa evolução, normalmente</p>

		baseada na sua experiência anterior, ou “intuição”.
		<p><b>2.1.3. Observar</b></p> <p>Codificámos nesta subcategoria as unidades de registo relativas a comportamentos ou verbalizações susceptíveis de revelarem que as participantes se encontravam a procurar informação da utente ou pessoa significativa, olhando intencionalmente ou inspeccionando algo.</p>
		<p><b>2.1.4. Questionar</b></p> <p>Incluimos nesta subcategoria unidades de registo referentes a observações ou verbalizações de formulação de perguntas, por parte das participantes às utentes, no sentido de obter informação destas ou suas pessoas significativas, na sequência ou não de identificação de dados relevantes.</p>
		<p><b>2.1.5. Monitorizar</b></p> <p>Considerámos nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações referentes a comportamentos de obtenção de informação através da vigilância de uma determinada utente ou aspecto particular, tendo por isso mais que ver com a vigilância dos sinais vitais ou outros parâmetros.</p>
		<p><b>2.1.6. Escutar</b></p> <p>Incluimos nesta subcategoria as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações das participantes sugestivas de serem interpretadas como comportamentos de ouvir com atenção e de modo interessado, as utentes ou pessoas significativas.</p>
		<p><b>2.1.7. Palpar</b></p>

		<p>Codificámos nesta subcategoria as unidades de registo relativas a comportamentos ou verbalizações susceptíveis de revelarem que as participantes se encontravam a procurar informação, explorando intencionalmente algo na utente através do tacto.</p>
		<p><b>2.1.8. Consultar Registos</b></p> <p>Nesta subcategoria, apenas incluímos as unidades de registo de observações ou verbalizações que, de forma inequívoca, se inseriam no contexto da intenção ou comportamento de obtenção de informação escrita, no decurso da interacção directa da enfermeira com a utente.</p>
	<p><b>2.2. Relacionar Informação</b></p> <p>Incluimos na subcategoria “Relacionar Informação” as unidades de registo de observações ou verbalizações que denotassem o estabelecimento de relação entre elementos de informação, ou que sugerissem a “decomposição” de informação em elementos de menor granularidade.</p>	
	<p><b>2.3. Interpretar Informação</b></p> <p>Incluimos nesta categoria as unidades de registo de observações e verbalizações das participantes, indicativas de atribuição, por parte destas, de um certo significado à informação detida, ou de estarem a tomá-la em determinado sentido.</p>	
	<p><b>2.4. Formular Hipóteses</b></p> <p>Codificámos nesta categoria as unidades de registo</p>	

	de observações ou verbalizações que sugeriam que as participantes estariam a supor provisoriamente que se encontravam perante um problema / diagnóstico de enfermagem, complicação potencial ou respectivos factores relacionados.	
	<p><b>2.5. Inferir / Formular Juízos</b></p> <p>Nesta subcategoria incluímos as unidades de registo de observações ou verbalizações das participantes susceptíveis da interpretação de se encontrarem a deduzir por meio de raciocínio ou a concluir e a efectuar a respectiva formulação da opinião acerca dessa conclusão.</p>	

### 3. Resolver Problemas

<p><b>3. Resolver Problemas</b></p> <p>Incluímos nesta categoria as unidades de registo referentes a comportamentos ou verbalizações das participantes susceptíveis de revelar caminhos utilizados por estas no sentido da solução ou minimização de situações de cuidados de enfermagem, e que foram codificadas nas seguintes subcategorias: identificar “situações de cuidados”, problemas, diagnósticos ou fenómenos de enfermagem; “seleccionar estratégias de intervenção”; “programar acções”; “prevenir complicações” e “assegurar a continuidade de cuidados”.</p>	<p><b>3.1. Identificar Situações de Cuidados, Necessidades, Problemas Diagnósticos ou Fenómenos de Enfermagem</b></p> <p>Considerámos esta subcategoria sempre que estávamos em presença de registos de observações ou de verbalizações em que a enfermeira identificava uma situação, nomeando-a ou não, que requeria cuidados de enfermagem à utente.</p>
	<p><b>3.2. Seleccionar Estratégias de Intervenção</b></p> <p>Considerámos esta subcategoria sempre que em presença de registos de observações ou verbalizações que evidenciavam a escolha de uma ou mais acções de enfermagem para fazer</p>

	face a uma situação ou situações que requeriam cuidados de enfermagem.
	<p><b>3.3. Programar Acções</b></p> <p>Considerámos nesta subcategoria, as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações que evidenciassem ou sugerissem a intenção ou acção de estabelecer prioridades ou programar cuidados de enfermagem a uma ou mais utentes.</p>
	<p><b>3.4. Prevenir Complicações</b></p> <p>Consideramos esta subcategoria sempre que estávamos em presença de registos de observações ou verbalizações que evidenciassem atitudes ou comportamentos das participantes, no sentido de evitar ou minimizar riscos acrescidos ou danos nas utentes.</p>
	<p><b>3.5. Assegurar a Continuidade de Cuidados</b></p> <p>Foram codificados nesta subcategoria os registos de observações ou verbalizações referentes a comportamentos das enfermeiras que evidenciassem o providenciar ou utilizar informação, escrita ou oral, no sentido de garantir a continuidade na prestação de cuidados durante o internamento ou após a alta hospitalar.</p>

#### 4. Avaliar

<p><b>4. Avaliar</b></p> <p>Nesta categoria apenas foram considerados os casos em que, implícita ou explicitamente, os registos das observações ou das verbalizações do raciocínio, indicavam uma comparação com a mesma situação e necessidade ou com o mesmo problema, anteriormente identificados; na subcategoria “verificar a eficácia das decisões / intervenções”, considerámos que essa comparação fosse efectuada após estas terem sido</p>	<p><b>4.1. Acompanhar a Evolução da Situação da Utente</b></p> <p>Nesta subcategoria, foram codificadas as unidades de registo de comportamentos ou verbalizações que pressupunham a comparação, implícita ou explícita, com a informação que as enfermeiras detinham sobre uma situação anterior das utentes, relativamente aos problemas ou necessidades destas, denotada através da formulação de juízos comparativos.</p>
--	---



implementadas.	
	<p><b>4.2. Avaliar o Nível de Consciência ou de Resposta</b></p> <p>Foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo de comportamentos ou verbalizações susceptíveis de evidenciar a intenção da enfermeira em acompanhar a evolução do grau de consciência, orientação ou resposta a estímulos por parte da utente.</p>
	<p><b>4.3. Verificar a Eficácia das Decisões / Intervenções</b></p> <p>Esta subcategoria foi apenas considerada quando os registos das observações, entrevistas ou verbalizações do pensamento estavam orientados para a avaliação do resultado de uma determinada decisão ou intervenção de enfermagem, de forma explícita ou implícita.</p>

## 5. Intervir

<p><b>5. Intervir</b></p> <p>Na categoria “Intervir” considerámos unidades de registo referentes a observações ou verbalizações reveladoras de aspectos relacionados com acções de enfermagem que foram codificadas nas subcategorias “reflexão / justificação das intervenções”, “preocupar-se com a utente”, “providenciar reforço positivo” e “lidar com as emoções”.</p>	<p><b>5.1. Reflexão / Justificação das Intervenções</b></p> <p>Incluimos na subcategoria “reflexão / justificação das intervenções”, as unidades de registo referentes a observações ou verbalizações susceptíveis de evidenciarem a presença ou ausência de raciocínio e a reflexão inerente a qualquer acção de enfermagem, durante ou após a sua realização.</p>	
	<p><b>5.2. Preocupar-se com o Utente</b></p> <p>Foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo de comportamentos ou verbalizações reveladoras do</p>	<p><b>5.2.1. Compaixão</b></p> <p>Incluimos nesta subcategoria as unidades de registo inerentes a comportamentos ou verbalizações</p>

	<p>interesse pelas utentes, nomeadamente através da compaixão, da empatia / intimidade e envolvimento emocional.</p>	<p>que evidenciassem a preocupação em proporcionar bem-estar e aliviar o sofrimento do utente ou pessoa significativa, ou atendê-lo na sua globalidade.</p>
		<p><b>5.2.2. Intimidade e Empatia</b></p> <p>Nesta subcategoria, incluímos as unidades de registo sugestivas de relacionamento empático com a utente ou pessoa significativa, de proximidade, intimidade, solicitude, disponibilidade, e respeito pela individualidade destas.</p>
		<p><b>5.2.3. Envolvimento Emocional da Enfermeira</b></p> <p>Foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações susceptíveis de evidenciarem a expressão de sentimentos ou emoções, por parte das enfermeiras relativamente às utentes.</p> <p>Diferenciamos esta categoria da categoria “lidar com as emoções”, porque neste contexto as unidades de registo foram interpretadas no sentido da “preocupação com as utentes”.</p>
	<p><b>5.3. Providenciar Reforço Positivo</b></p> <p>Foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo referentes a observações ou transcrições de verbalizações, passíveis de serem interpretadas como estimular o optimismo da utente, aumentar-lhe a autoconfiança ou a auto-estima.</p>	
	<p><b>5.4. Lidar com as Emoções</b></p> <p>Nesta subcategoria foram incluídas as unidades de</p>	<p><b>5.4.1. Reconhecer Emoções</b></p> <p>Nesta subcategoria, foram codificadas as</p>

	<p>registro de observações ou verbalizações reveladoras do modo como as enfermeiras agiam perante as emoções das utentes ou em relação às suas próprias emoções, e que foram codificadas em “reconhecer emoções”, “lidar com as emoções das utentes” e “controlar as suas emoções”.</p>	<p>passagens referentes a observações ou verbalizações que evidenciassem a identificação, implícita ou explícita, de emoções ou sentimentos das utentes, por parte das participantes.</p>
		<p><b>5.4.2. Lidar com as Emoções da Utente</b></p> <p>Foram incluídas nesta subcategoria as unidades de registo de observações ou verbalizações que sugerissem, explícita ou implicitamente, ações de enfermagem inerentes às emoções ou sentimentos das utentes, identificados pelas participantes.</p>
		<p><b>5.4.3. Controlar as Suas Emoções</b></p> <p>Consideramos a subcategoria “Controlar as Suas Emoções”, sempre que em presença de registos de verbalizações ou observações que evidenciassem o domínio emocional das enfermeiras em ambientes ou situações de cuidados de algum modo stressantes ou emocionantes ou até mesmo em relação ao seu estado emocional em outros momentos.</p>