

CÉSAR JOÃO VICENTE DA FONSECA

Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde

**A TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS
FACE AOS CUIDADOS QUE PRESTAM NO HOSPITAL**

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

Co/Orientador: Professor António Fernando A. Marrucho

UNIVERSIDADE ABERTA

Lisboa, Dezembro de 2006

Agradecimentos:

- À Professora Doutora Natália Ramos e ao Professor António Marrucho pelo apoio, orientação e disponibilidade;
- Aos participantes pela parte que tiveram neste estudo;
- Em especial à Isabel, ao António e à Ana pelo seu apoio e dedicação, que em muito, contribuíram para a concretização deste trabalho.

Continuemos...

(Abel Paiva, 2001)

RESUMO

O presente estudo aborda *a tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no hospital*. Trata-se de um estudo que utiliza um paradigma qualitativo, com uma abordagem fenomenológica e teve como objectivo compreender que decisões são tomadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados, como as fundamentam e que competências utilizam nas suas tomadas de decisão. Como técnica de colheita de dados usámos a entrevista semi-estruturada, tendo sido aplicada a vinte enfermeiros (dez enfermeiros iniciados e dez enfermeiros peritos). As entrevistas foram objecto de gravação áudio e o tratamento dos dados foi efectuado com base na análise de conteúdo. Dos principais resultados encontrados, destacamos:

- Os participantes referem tomar decisões sobre as acções: ventilar, orientar antecipadamente o cliente e família, alimentar o cliente, cuidar da higiene, entrevistar o cliente, mobilizar os clientes, transportar o cliente, administrar, administrar oxigénio, informar o cliente, inserir o cateter vesical, trocar o penso;
- Os participantes referem não exercer a tomada de decisão perante as acções que executam, como sendo: determinar diagnósticos e prognósticos dos clientes, prescrever, administrar ventilação não invasiva, organizar as rotinas de serviço, determinar a glicemia capilar aos clientes, providenciar a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal a seu cuidado, registar nos registos profissionais;
- Neste estudo, os participantes peritos envolvem-se mais nas tomadas de decisão face às suas intervenções autónomas e intervenções interdependentes, do que os participantes iniciados;
- Foram observadas as competências: responsabilidade, prática segundo a ética, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação, cuidados de saúde inter/profissionais, delegação e supervisão, utilizadas pelos participantes nas suas tomadas de decisão. Observámos que os participantes peritos identificam as competências descritas de uma forma mais abrangente que os participantes iniciados;
- Os participantes utilizam os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação de base (peritos e iniciados) e do Curso Complemento de Formação em Enfermagem (peritos), de forma a fundamentarem as suas tomadas de decisão;
- A utilização dos resultados de estudos de investigação e de conteúdos on-line é pouco referida pelos participantes na fundamentação das suas decisões. Os participantes peritos relatam falta de conhecimentos em relação à utilização de conteúdos on-line;
- Ráeios inadequados de enfermeiros/doentes e métodos de trabalho menos intimistas e mais assentes em tarefas influenciam negativamente as tomadas de decisão por parte dos participantes;
- A orientação e supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico reveste-se de especial importância no que se refere à frequência da tomada de decisão.

Após a análise e discussão dos dados, procedemos à apresentação de sugestões que se dirigem, ao nível: da prestação de cuidados de enfermagem e da gestão; da formação de base e continua; e da investigação nesta área.

Palavras-chave: Enfermagem; Tomada de Decisão Clínica.

SUMMARY/ABSTRACT

The present study deals with *decision taking by nurses with regard to the caring services they provide within the hospital*. It concerns a study which used a qualitative paradigm, with a phenomenological approach which had as its objective the understanding of the decisions which are taken by nurses when providing care, as well as the reasons and competencies used in decision taking. The data-gathering instrument used was the semi-structured interview, which was given to twenty nurses (ten starting-out nurses and ten expert nurses). The interviews were audiotaped and the processing of the data was carried out using content analysis.

From the results obtained, the following aspects can be highlighted:

- The participants mention taking decisions about the following actions: ventilating, providing prior counselling to the client and family, feeding the client, taking care of hygiene, interviewing the client, mobilising the client, transporting the client, administering, administering oxygen, informing the client, inserting a vesical catheter, changing a dressing;
- The participants mentioned not carrying out the decision taking during the following actions which they undertook: determining diagnoses and prognoses of the clients, prescribing, administering non-invasive ventilation, organising service routines, determining the capillary blood sugar level of the clients, ordering the holding of supplementary diagnostic tests in patients at a terminal phase of their care, registering on professional records;
- In this study, the expert participants were involved more in the taking of decisions regarding their own autonomous and interdependent actions, than the starting-out participants;
- The following competencies were observed: responsibility, ethical practice, data collection, planning, administration, evaluation, inter/professional health care, delegation and supervision, which were used by the participants in taking decisions. We observed that the expert participants identified the competencies described in a more wide-ranging manner than the starting-out participants;
- The participants utilised knowledge acquired throughout their basic training (experts and those starting-out) and the Supplementary Nursing Training Course (experts), so as to provide a basis for their taking of decisions;
- Recourse to the results of research studies and online content is hardly mentioned by the participants regarding the establishing of their decisions. The expert participants recounted a lack of knowledge with regard to the use of online content;
- Inadequate nurse/patient ratios and less intimate and task-centred working methods negatively influenced decision taking by the participants;
- The coordination and supervision of nursing students in clinical training gives special importance to what is referred to as the frequency of decision taking.

After an analysis and discussion of the data, we shall then present our suggestions which shall be made at the level of the provision of nursing care and its management, basic and in-service training, and research in this area.

Keywords: Nursing, Clinical Decision Taking.

RESUME

Notre étude aborde *la prise de décision des infirmiers dans le cadre des soins qu'ils administrent à l'hôpital* et a pour objectif de comprendre quelles décisions ils prennent lors de leurs interventions, comment ils les justifient et quelles compétences ils utilisent. Pour ce faire, nous avons privilégié un paradigme qualitatif et une approche phénoménologique.

Le recueil des données a été fait au travers d'entretiens semi-directifs menés auprès de vingt infirmiers (dix infirmiers débutants, dix infirmiers experts). Les entretiens enregistrés sur magnétophone et le traitement des données ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

Voici quelques-uns des principaux résultats obtenus :

- Les participants déclarent prendre des décisions à propos des actions suivantes : ventiler, orienter de façon anticipée le client et sa famille, alimenter le client, s'occuper de l'hygiène, interroger le client, mobiliser les clients, transporter le client, administrer, administrer l'oxygène, informer le client, insérer le cathéter vésical, changer le pansement ;
- Les participants déclarent ne pas exercer leur décision par rapport aux actions qu'ils exécutent, à savoir : faire des diagnostics et des pronostics sur des clients, prescrire, administrer une ventilation non invasive, organiser des routines de service, déterminer la glycémie capillaire chez les clients, pourvoir à la réalisation d'exams auxiliaires de diagnostic chez les malades en phase terminale à leur charge, enregistrer sur les registres professionnels ;
- Dans cette étude, les participants experts s'engagent davantage dans les prises de décision lors de leurs interventions autonomes et lors d'interventions interdépendantes, que les participants débutants ;
- Ont été observées les compétences suivantes: responsabilité, pratique suivant l'éthique, recueil de données, planification, exécution, évaluation, soins inter/professionnels, délégation et supervision, utilisées par les participants dans leur prises de décision. Nous avons observé que les participants experts identifient les compétences décrites de manière plus articulée que les participants débutants ;
- Les participants s'appuient sur les connaissances acquises au long de leur formation de base (experts et débutants) et du Cours Complémentaire de Formation d'Infirmiers (experts), pour effectuer leur prise de décision ;
- Les participants mentionnent rarement le rôle de l'utilisation de résultats de recherche et de contenus on-line dans la prise de décisions ;
- Des ratios inadaptés infirmiers/malades et des méthodes de travail impersonnelles et reposant surtout sur des tâches ont une influence négative sur la prise de décision des participants ;
- Le rôle du tutorat et de la supervision en enseignement clinique des étudiants infirmiers au cours de leur stage acquiert une importance toute particulière en ce qui concerne la fréquence de la prise de décision ;

Après l'analyse et la discussion des données, nous procédons à la présentation de suggestions aux niveaux suivants : prestation de soins et gestion ; formation de base et formation continue ; recherches dans ce domaine.

Mots-clés : Infirmiers ; Prise de décision clinique.

SUMÁRIO

	Página
ÍNDICE DE QUADROS -----	13
ÍNDICE DE GRÁFICOS -----	15
ÍNDICE DE FIGURAS -----	15
<u>INTRODUÇÃO</u> -----	16
1- <u>REFERENCIAL TEÓRICO</u> -----	20
1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO -----	20
1.2 - O PROCESSO DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL -----	23
1.3 - TEORIAS E MÉTODOS DE ESTUDO MAIS UTILIZADOS NA TOMADA DE DECISÃO -----	34
1.4 - BARREIRAS NA TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM -----	44
2 - <u>FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS</u> -----	51
2.1- COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA E RELAÇÃO INTERPESSOAL -----	59
3- <u>OPÇÕES METODOLÓGICOS</u> -----	66
3.1- ESCOLHA DO PARADIGMA E MÉTODO DE ESTUDO -----	66
3.2- RECOLHA DA INFORMAÇÃO -----	68
3.3 - TRATAMENTO DOS DADOS -----	70
3.4 - CRITÉRIOS DE CIENTIFICIDADE -----	75

3.5- SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES -----	78
3.6- ACESSO AO CAMPO -----	79
3.6.1- <u>Caracterização dos Participantes</u> -----	79
3.6.1.1 - Caracterização dos participantes peritos -----	81
3.6.1.2 - Caracterização dos participantes iniciados ---	82
3.7- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS -----	83
4- <u>ANÁLISE E DISCUSSÃO</u> -----	85
4.1- FUNÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS -----	86
4.1.1 - <u>Categoria A – Intervenções Autónoma</u> -----	87
4.1.1.1 – Ventilar -----	88
4.1.1.2 - Orientar antecipadamente o cliente e família -	88
4.1.1.3 - Alimentar o cliente -----	88
4.1.1.4 - Cuidar da higiene -----	89
4.1.1.5 – Entrevistar o cliente -----	89
4.1.1.6 – Mobilizar os clientes -----	90
4.1.2 - <u>Categoria B – Intervenções Interdependentes</u> -----	90
4.1.2.1 - Subcategoria A - Decisão dos Enfermeiros ---	91
4.1.2.1.1 – Transportar o cliente -----	91
4.1.2.1.2 – Administrar -----	91
4.1.2.1.3 - Administrar oxigénio -----	92
4.1.2.1.4 – Informar o cliente -----	92
4.1.2.1.5 – Inserir o cateter vesical -----	92
4.1.2.1.6 – Trocar o penso -----	93
4.1.2.2 - Subcategoria B – Decisão de outros profissionais de saúde -----	93

4.1.2.2.1 – Determinar diagnósticos e prognósticos dos clientes -----	93
4.1.2.2.2 – Prescrever -----	94
4.1.2.2.3 – Administrar ventilação não invasiva	95
4.1.2.2.4 – Organizar as rotinas do serviço -----	95
4.1.2.2.5 – Determinar a glicemia capilar, aos clientes -----	96
4.1.2.2.6 – Providenciar a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal a seu cuidado -----	96
4.1.2.2.7 – Registrar nos registos profissionais -	97
4.2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS	
GERAIS -----	103
4.2.1 - <u>Categoria A - Prática Profissional, ética e legal</u> -----	104
4.2.1.1 - Subcategoria A – Responsabilidade -----	104
4.2.1.1.1 – Administrar medicação aos seus clientes tendo em atenção a análise que fazem dos sinais objectivos do seu cliente -----	104
4.2.1.1.2 – Providenciar a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal -----	105
4.2.1.1.3 - Orientar antecipadamente o cliente e família -----	107
4.2.1.2 - Subcategoria B – Prática Segunda a ética ----	108
4.2.2 - <u>Categoria B – Prestação de Cuidados</u> -----	109
4.2.2.1 - Subcategoria A – Colheita de dados -----	109
4.2.2.2 - Subcategoria B – Planeamento -----	110

4.2.2.3 - Subcategoria C – Execução -----	110
4.2.2.4 - Subcategoria D – Avaliação -----	111
4.2.3 - <u>Categoria C – Gestão de Cuidados</u> -----	115
4.2.3.1 - Subcategoria A - Cuidados de saúde inter profissionais -----	115
4.2.3.2- Subcategoria B – Delegação e Supervisão ----	116
4.3 - A SATISFAÇÃO DO CLIENTE -----	118
4.3.1 - <u>Categoria A - O respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente</u> ----	120
4.3.2 - <u>Categoria B - A procura constante da empatia nas interacções com o cliente</u> -----	121
4.3.3 - <u>Categoria C - O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados</u> -----	122
4.3.4 - <u>Categoria D – O papel da família no processo de cuidados</u> -----	124
4.3.4.1 - Subcategoria A - O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados -----	124
4.3.4.2 - Subcategoria B - Não envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados -----	126
4.3.5 - <u>Categoria E - O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde</u> -----	127
4.4 - FUNDAMENTAÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO -----	131
4.4.1 - <u>Categoria A - Formação Académica</u> -----	133

4.4.1.1 - Subcategoria A – Curso de Base -----	133
4.4.1.2 - Subcategoria B - Curso Complemento de Formação em Enfermagem -----	133
4.4.2 - <u>Categoria B – Formação Contínua</u> -----	135
4.4.2.1 Subcategoria A - Formação em Serviço -----	135
4.4.2.2 - Subcategoria (B) - Livros/Revistas Técnicas -	136
4.4.2.3 - Subcategoria (C) - Resultados da Investigação	136
4.4.2.4 - Subcategoria (D) - Conteúdos On-Line -----	137
4.4.2.5 - Subcategoria (E) - Acesso aos recursos bibliográficos existentes no serviço -----	139
4.4.3 - <u>Categoria C – Experiência Clínica</u> -----	141
4.4.3.1 - Subcategoria A – Peritos -----	142
4.4.3.2 - Subcategoria (B) – Iniciados -----	143
4.4.4 - <u>Categoria D – Recursos Disponíveis</u> -----	145
4.4.4.1 - Subcategoria A - Métodos de Trabalho -----	145
4.4.4.2 - Subcategoria B - Protocolos de Serviço -----	148
4.4.4.3 - Subcategoria C - Influência da Enfermeira/o Chefe -----	149
4.4.4.4 - Subcategoria D - Condições Arquitectónicas -	150
4.4.4.5 - Subcategoria E - Rácio Enfermeiro/Cliente --	152
4.4.4.6 - Subcategoria F - Orientação de estudantes em ensino clínico -----	153
<u>CONCLUSÃO</u> -----	158
<u>BIBLIOGRAFIA</u> -----	168

<u>LEGISLAÇÃO</u> -----	182
ANEXOS -----	186
ANEXO I - Inquérito por Entrevista.	
ANEXO II – Carta de motivação aos Participantes do estudo.	
ANEXO III – Área temática, Temas, Categorias e Subcategorias.	
ANEXO IV – Categorização, Unidades de Significação e Codificação do discurso dos Participantes.	

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 - Sistema de <i>Ranking</i> para a hierarquia da prática baseada na evidência -----	41
Quadro 2 – Os cinco níveis metodológicos de análise da comunicação humana propostos pelo CMM -----	60
Quadro 3 - Representação Gráfica do Modelo Daisy ou Atômico (Fonte: Adaptado de Pearce 1999:55) -----	62
Quadro 4 – Distribuição quanto ao Gênero dos Participantes -----	80
Quadro 5 – Medidas de dispersão e tendência central relativas à Idade (Anos) dos participantes -----	80
Quadro 6 – Relação entre o Serviço onde os participantes exercem funções e os Níveis de Experiência observados -----	81
Quadro 7 – Medidas de dispersão e tendência central relativas à Idade (Anos) – Peritos -----	81
Quadro 8 – Medidas de dispersão e tendência central relativas ao Tempo de Exercício Profissional (Anos) – Peritos -----	82
Quadro 9 – Medidas de dispersão e tendência central relativas à Idade (Anos) – Iniciados -----	82
Quadro 10 – Medidas de dispersão e tendência central relativas ao Tempo	

de Exercício Profissional (Meses) – Iniciados -----	83
Quadro 11 – Distribuição das Unidades de Significação pelos Temas -----	86
Quadro 12 - Tema A - Função do Enfermeiro de Cuidados Gerais -----	87
Quadro 13 – Principais diferenças entre as tomadas de decisão descritas perante as acções executadas pelos participantes (No presente estudo, Thompson 2001, Neves 2004, Bakalis&Watson 2005) -	99
Quadro 14 - Tema B - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais ---	103
Quadro 15 - Tema C - A Satisfação do Cliente -----	119
Quadro 16 - Tema D – Fundamentação da Tomada de Decisão -----	132
Quadro 17 - Face aos cuidados que prestam os participantes deste estudo referem exercer a tomada de decisão face às seguintes acções --	160
Quadro 18 - Face aos cuidados que prestam os participantes deste estudo referem não exercer a tomada de decisão face às seguintes acções -----	161

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados, em relação ao Tema A - Função Do Enfermeiros de Cuidados Gerais -----	100
Gráfico 2 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao tema B - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais -----	117
Gráfico 3 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao Tema C – A Satisfação do Cliente -----	129
Gráfico 4 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao Tema D – Fundamentação da tomada de decisão (Categorias A e B) -----	154
Gráfico 5 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao Tema D – Fundamentação da tomada de decisão (Categorias C e D) -----	156

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 - O Processo de Tomada de Decisão Baseada na Evidência -----	39
Figura 2 - Fonte: Adaptado de Hagbaghery et al (2004:9), relação interactiva entre variáveis que afectam a tomada de decisão clínica de enfermagem -----	101

INTRODUÇÃO

As competências e funções dos enfermeiros de cuidados gerais, têm vindo a alterar-se, quer pela influência das necessidades crescentes de cuidados de saúde de qualidade por parte da sociedade contemporânea, quer pelas alterações legislativas do exercício profissional dos enfermeiros decorrentes destas novas exigências.

Estes factos aliados à nossa observação diária do desempenho pouco reflexivo dos enfermeiros e excessivamente assente na realização de tarefas rotinizadas foram os pólos motivadores para a persecução deste estudo.

A decisão clínica é antagónica da prática rotineira, estando profundamente ligada à prática reflexiva como o alicerce do desenvolvimento sócio/profissional dirigido para as necessidades de cuidados da população. Deste modo, é urgente desenvolver a “*prática baseada na evidência, como forma de se integrar os conhecimentos, os valores, preferências dos doentes e as características dos enfermeiros peritos como forma de se decidir os cuidados prestados mais dirigidos para as necessidades dos doentes*” (Melnik, 2004:323) e desenvolver deste modo, uma prática de enfermagem avançada que traduza cuidados de maior qualidade.

Parece-nos assim que há ainda um longo caminho a percorrer, pois a prática dos enfermeiros portugueses é “*pouco reflectida e centrada nas diferentes tarefas e não na resolução de problemas dos utentes*” (Jesus, 1999:17). No entanto, Thompson (1999) refere que os enfermeiros têm um grande potencial para tomarem decisões tendo por base a evidência, sendo necessário explorar um caminho ao nível da educação, investigação, gestão e no desenvolvimento de políticas adequadas para este sector.

O processo de tomada de decisão clínica de enfermagem é um fenómeno ainda recente, em desenvolvimento que envolve uma afirmação da enfermagem enquanto profissão autónoma no domínio da prestação de cuidados e no domínio académico.

O estudo desta problemática é de extrema relevância porque, por um lado, a “*tomada de decisão clínica de enfermagem é essencial ao futuro da prática profissional dos cuidados*” Tschikota (1993), citado por Bakalis&Watson (2005:33) e, por outro, as “*necessidades de cuidados de enfermagem são universais*” (ICN, 2000:2).

Ora este tema, bem como a sua complexidade, tem sido abordado em vários estudos estrangeiros (Parker et al, 1999; Thompson, 1999; Cullum, 1998; Dawes, 2000; Glanville et al, 2000; Thompson et al, 2003; Ulrich et al, 2003; Melnyk, 2004; Bakalis&Watson, 2005) e nacionais (Jesus, 1999, 2004; Neves 2004), no entanto e segundo Jesus (2004:14), *“muitos aspectos continuam por aprofundar, designadamente no que se refere ao estudo da influência dos diferentes factores intrínsecos ou extrínsecos, neste processo de decisão”*.

Para Jesus (1999, 2004) e Neves (2004), esta temática necessita de inúmeras investigações que explorem diferentes perspectivas deste fenómeno em contextos reais. Parece-nos de extrema importância evidenciar e trabalhar esta problemática, pois é nosso entender que a prática actual, como referimos anteriormente, é muito baseada em rotinas que afastam os enfermeiros da autonomia e profissionalização. O estudo da tomada de decisão clínica possibilita o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada, que tenha por base o desenvolvimento dos enfermeiros ao nível da prática baseada na evidência e baseada em *guidelines* internacionalmente credíveis, com especial tónica na formação de base e na formação contínua alicerçada na investigação. Neste sentido Jesus (1999:157) defende o desenvolvimento de estudos que *“permitam uma melhor compreensão do papel do conhecimento do utente, da intuição e da abdução nos processos de raciocínio e de decisão nos cuidados de enfermagem, através da utilização de metodologias qualitativas”*.

Jesus (2004:364) sugere também a realização de mais estudos, *“de preferência multicêntricos, que permitam uma melhor compreensão do papel dos padrões cognitivos e de outras variáveis individuais, da interacção e do conhecer melhor o utente no processo de prestação de cuidados de enfermagem, através da utilização de diferentes metodologias”*.

O mesmo autor (1999:157, 2004:365) entende 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 métodos de prestação de cuidados de enfermagem.

Neves (2004:154) salienta que é essencial *“que futuros estudos utilizem a observação, como meio de observar as decisões tal como elas são realizados em situações e, os resultados que elas produzem nos clientes”*. Refere também (2004) que é fundamental estudar a realidade portuguesa, propondo algumas questões para serem desenvolvidas:

Sobre o que decidem os enfermeiros? *“Qual a intervenção do cliente na tomada de decisão? Como é valorizada? Qual a influência das decisões de enfermagem, no processo terapêutico do cliente? Como são avaliados os resultados das decisões?”* (2004:157) *“Que informação utilizam para a decisão? Como acedem a essa informação? Como utilizam a informação? Que competências são mobilizadas no acto da decisão”* (Neves 2004:154).

Para Silva (2001:28) outro aspecto igualmente importante no âmbito da discussão sobre a *“tomada de decisão em enfermagem e para além das questões centradas no processo de tomar decisões em si - tipo de pensamento envolvido, capacidades cognitivas e disposições afectivas para a utilização do pensamento crítico, etc. - reporta-se à substância do conhecimento utilizado nas tomadas de decisão e ao próprio objecto da tomada de decisão”*.

Com o presente estudo propomo-nos estudar as seguintes questões: Que decisões são tomadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados? Que competências são utilizadas pelos enfermeiros na sua tomada de decisão? Como fundamentam os enfermeiros a sua tomada de decisão na prática de cuidados?

Pretendemos atingir os seguintes objectivos: Compreender que decisões são tomadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados, como as fundamentam e que competências utilizam nas suas tomadas de decisão.

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do VI Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde entre 2005 e 2007. Assim após a introdução procederemos ao referencial teórico, onde será feita uma contextualização teórica sobre a tomada de decisão clínica de enfermagem, procurando evidenciar a importância desta matéria no desenvolvimento da profissão. De seguida, iremos apresentar o percurso da tomada de decisão ao longo do Século XX, através da apresentação da legislação da prática e do ensino de Enfermagem em Portugal. Abordámos as teorias e métodos de estudo mais utilizados na tomada de decisão, quer em termos nacionais quer em termos internacionais. Vamos apresentar quais as barreiras ou factores intrínsecos/extrínsecos que influenciam de forma significativa os processos de tomada de decisão que estão relacionados de forma mais próxima com os objectivos deste estudo.

Observámos de seguida as funções e competências dos enfermeiros de cuidados gerais, descritas por organizações nacionais e estrangeiras.

Posteriormente, descreveremos as opções metodológicas que tomámos e a forma como operacionalizámos o desenho deste estudo. Apresentámos a fundamentação por parte dos autores da escolha do paradigma e método e a forma como acedemos ao campo de estudo.

A análise e discussão dos dados obtidos serão por último apresentadas, em confronto com estudos actuais.

Segue-se por último as conclusões deste estudo referindo algumas das suas implicações ao nível da prestação de cuidados de enfermagem, da gestão, da formação de base, formação contínua e com propostas fundamentadas de novas abordagens investigativas face à área temática abordada.

1- REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO

Os desafios impostos pelas constantes mudanças ocorridas na nossa sociedade fazem-se sentir a vários níveis (social, económico e político, entre outros), com consequências nos sistemas de saúde que garantem os cuidados à população. A profissão de enfermagem é vista como uma *“disciplina em rápida transformação no sentido da sua afirmação como ciência e profissão, estes desafios sentem-se com maior acutilância. São evoluções e exigências profundas relativamente ao nível da formação, prestação de cuidados, investigação e gestão”* (Neves, 2004:14).

Para Jesus (2004:14) a *“enfermagem como disciplina e profissão de saúde, tem procurado responder a estes e outros desafios, desenvolvendo o seu corpo de conhecimento próprio e proporcionando aos seus profissionais a formação e outros meios necessários que os habilitem a fornecer respostas adequadas e atempadas às novas solicitações”*. Assim, a enfermagem compreende o *“cuidado autónomo, e em colaboração, de indivíduos de todas as idades, famílias, comunidades, de todos os grupos, sãos ou doentes, e em todos os contextos. A noção de enfermagem inclui ainda a promoção da saúde, a prevenção da doença, e o cuidado dos doentes, dos deficientes e dos moribundos. A defesa e promoção de um ambiente seguro, a investigação, a participação na definição da política de saúde, a gestão de sistemas de saúde e de doença, e a formação”* (OE, 2003:32).

Muitos argumentos são utilizados para justificar o estudo da tomada de decisão clínica de enfermagem; Bakalis&Watson (2005:34), citando Fineberg (1981), propõe quatro razões para este tipo de estudos:

- *“A informação disponível nas avaliações clínicas dos pacientes tem aumentado rapidamente e os prestadores de cuidados têm de desenvolver estratégias para estudar e tratar esta informação;*
- *A introdução nos cuidados de saúde de novas tecnologias, está a conduzir a um aumento de novas necessidades de cuidados pela elevada especialização dos mesmos;*

- *As pressões económicas no sector da saúde são cada vez maiores e requerem um eficaz uso e distribuição dos recursos. Os gestores das enfermeiras têm de determinar o melhor caminho no sentido do desempenho dos seus membros, e têm que gerir de uma forma profissional os recursos e orçamentos de que dispõem. A aplicação das teorias da tomada de decisão pode ajudá-las na negociação desses mesmos recursos.*
- *Os clientes dos serviços de saúde são cada vez mais envolvidos nas decisões, deste modo também as teorias da tomada de decisão podem ajudar no sentido de se quantificar os valores e preferências dos clientes perante o seu tratamento”.*

As pressões económicas sentidas neste sector, a introdução de novas tecnologias e o envolvimento dos clientes nas tomadas decisão, produzem situações de cuidados cada vez mais complexas e que exigem cuidados mais personalizados e dirigidos para as necessidades dos nossos clientes.

É exemplo disto, a Declaração de Munique (WHO, 2000:23), assinada pelos representantes dos Ministros da Saúde dos membros da Organização Mundial da Saúde da Europa, ao referir que *“os enfermeiros, podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais valia na saúde pública das populações, dos nossos dias. Assim estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e na eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam”*. Este papel que é mais activo em *“tudo o que se relaciona com o processo terapêutico do cliente implica a necessidade das enfermeiras tomarem decisões e responsabilizarem-se por elas”* (Neves, 2004:15).

Estas responsabilidades estão bem patentes em vários documentos legais, como: o *Decreto-Lei n.º 161/96*, de 4 de Setembro, alterado pelo *Decreto-lei n.º 104/98*, de 21 de Abril, que regula o exercício profissional dos enfermeiros; no artigo nº 79 do *Decreto-lei nº 104/98* de 21 de Abril, que cria a Ordem dos Enfermeiros; bem como em duas das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais que estão definidas pela Ordem dos Enfermeiros: *“A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática; No processo da tomada de*

decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática” (OE, 2003:6).

O *International Council of Nursing* agrupou as competências dos enfermeiros generalistas em três categorias (ICN, 2003b:25): *“Profissional, Ética e Prática Legal; Cuidados de Enfermagem e Supervisão; Desenvolvimento Profissional”*. A tomada de decisão clínica de enfermagem não pode estar dissociada da prática e desenvolvimento profissional. Esta toma especial importância num quadro de cuidados de qualidade e vocacionado para as necessidades do cliente. *“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”* (Jesus, 2004: 14).

Esta missão só é possível se os enfermeiros forem capazes de tomarem decisões sobre situações complexas e embebidas em espaços multi/profissionais. *“Tomar decisões em enfermagem, é também uma forma de caminhar para a profissionalização e para a autonomia da profissão. A autonomia de uma profissão reflecte-se na forma como os seus profissionais conseguem decidir, responsabilizar-se por essas decisões e pelos seus resultados”* (Neves 2004:8). Para Meneses (2004:38), citando Ulrich et al (2003:319) a *“autonomia em enfermagem é o poder para determinar a que necessidades dar resposta ao cuidar das pessoas, agir de acordo com o seu julgamento profissional e aceitar a responsabilidade por essas decisões”*.

Para a CIPE/ICNP® (2003:50), tomada de decisão *“é um tipo de auto conhecimento com as características específicas: disposição para aceitar ou abandonar acções tendo em conta o julgamento; capacidade de escolher entre duas ou mais alternativas pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa pela identificação da informação relevante, das consequências potenciais de cada alternativa, dos recursos de suporte e das contradições entre desejos, pesando e seleccionando as alternativas; fazer escolhas que afectam o próprio ou terceiros”*.

Partindo da tomada de decisão em enfermagem, importa perceber a realidade actual que no nosso entender é muito centrada em modelos bio/médicos, onde os enfermeiros reflectem decisões *“pouco fundamentadas, sendo mais decisões circunstanciais*

baseadas em hábitos, rotinas, ou rotinas profundamente enraizadas na prática, ao invés de serem decisões baseadas em conhecimentos e convicções de enfermagem” (Neves 2004:9).

Para Dawes (2000:14), *“as regras, protocolos, regulamentos padrão, são por vezes barreiras, na mudança da prática”*. Para a mesma autora (2000), uma das formas de alterar esta realidade é iniciarmos a investigação sobre esta matéria.

Para Jesus (1999:16) e citando Mortensen (1992) a *“investigação neste campo desempenha, por um lado, um papel crucial na promoção da eficiência e eficácia dos cuidados de enfermagem, mas também permite por outro lado, o desenvolvimento de conceitos essenciais, como os diagnósticos de enfermagem, que posteriormente se constituem na base da tomada de decisão no âmbito dos cuidados de enfermagem”*.

Como salienta Andrews&Jones (1996), citado por Jesus (1999:17), *“a resolução de problemas (decisão clínica na enfermagem), é um elemento chave para a prática da enfermagem. A investigação no modo de decisão dos enfermeiros contribuirá para a identificação dos seus padrões de desempenho profissional, quer no âmbito dos cuidados diferenciados ou comunitários ou até de situações de formação, proporcionando a intervenção em modelos menos adequados, no sentido duma prática mais eficaz e responsável, tornando-a menos rotineira, mais reflectida e com maior adequação às necessidades dos utentes”*. O mesmo autor (1999) dá ainda a ideia de que internacionalmente, parece estar demonstrado que o raciocínio, decisão e qualidade de cuidados estão associados, bem como a responsabilidade, autonomia e desenvolvimento profissional.

1.2 - O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM PORTUGAL

O processo de tomada de decisão está intimamente ligado ao ensino da enfermagem, à formação contínua dos seus profissionais nas suas vertentes da autonomia da classe, na profissionalização dos cuidados, com um sentido profundo na sua adequação às preferências dos clientes, como forma de melhoria contínua da qualidade do seu produto (Jesus 1999, 2004; Neves 2004).

A investigação do processo de tomada de decisão *“abre janelas ao passado, criando novas ideias e dando nova forma ao pensamento e à compreensão humana”*

(Carpenter&Streubert, 2002:220). Por outro lado, a profissão de enfermagem “*necessita da infusão de novas ideias para explicar o seu lugar na história e a sua direcção futura*” (Carpenter&Streubert, 2002:237).

Para Polit&Hungler (1995:228) a pesquisa histórica “*consiste na recolha sistemática e na avaliação crítica de dados relativos a ocorrências passadas. Em geral, a pesquisa histórica é levada a cabo com vista a responder a questões acerca de causa, efeitos ou tendências relativas a eventos passados que podem, de certo modo, esclarecer as nossas práticas actuais e os nossos comportamentos presentes*”.

Até ao século XX, “*não era reconhecida a especialidade dos cuidados de enfermagem*” (Graça&Henriques, 2000:1). Para os mesmos autores (2000:1) o “*conteúdo funcional da enfermagem se resumia, no essencial aos cuidados básicos a ministrar aos doentes, para além das tarefas de limpeza e higiene das enfermarias*”. Collière (1999:89) refere-se a este período dizendo que as enfermeiras deveriam ser aptas apenas a assumir as responsabilidades sobre os seus actos, apenas para assegurar o que outros lhes ordenavam, visto que eram o prolongamento da acção médica ou da instituição onde laboravam.

Assim até ao Século XX as principais funções da enfermagem era “*acompanhar as visitas feitas pelo físico à respectiva enfermaria; aplicar os tratamentos prescritos pelo físico ou cirurgião; chamar o (e dar assistência ao) barbeiro-sangrador; levar os doentes às costas para os banhos e lavá-los (no caso do hospital termal); transportar as refeições às enfermarias; fazer a vigília dos doentes, incluindo à noite; chamar o capelão para a extrema-unção; amortalhar os cadáveres; despejar e limpar diariamente os tanques dos banhos (no caso do hospital termal); varrer e limpar as enfermarias; manter limpos os urinóis e os bacios*” (Graça&Henriques, 2004:1).

Para os mesmos autores (2004:3), citando Nogueira (1990:69) “*durante parte dos séculos XVII, XVIII e XIX, quase todos os hospitais militares de Portugal e Espanha eram assistidos pelos Religiosos de S. João de Deus, os quais neles trabalharam até à exclausuração. Por Decreto de D. João IV, de 3 de Maio de 1643, a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus ficou incumbida de fundar, construir e administrar toda a rede de hospitais militares, aquém e além-mar*” (Graça&Henriques, 2004:3).

Houve de facto todo um percurso ao longo destes séculos, no que a enfermagem estava a cargo das ordens religiosas e onde as suas funções se remetiam a um conjunto de tarefas de limpeza e vigilância, quer dos espaços hospitalares quer dos enfermos internados, sem qualquer autonomia. Para (Graça&Henriques, 2004:4), “*a enfermagem era já (ou tão só) entendida como a aplicação de medicamentos ou tratamentos sob prescrição de médicos ou cirurgiões sem qualquer veleidade, pretensão ou reivindicação de autonomia técnica*”.

Esta realidade da subserviência ao poder médico era usual, pois “*todos os dias de manhã, e tarde fareis visita particular aos enfermos, principalmente aos que tiveres de maior cuidado, para dares ao médico informação do que lhe fizestes, e como tem passado; porque alguns enfermos não sabem dar a indicação necessária; e o Médico, quando os enfermos são muitos, não se pode lembrar do que a todos tem mandado fazer: o que vós remediais com muita facilidade, assim pela informação, que deles tendes adquirido, como pela lembrança, que na tábua da visita tendes formado, sem a qual não visiteis nunca com o Médico, ainda que os enfermos sejam poucos, que não é razão que a vossa memória seja fiadora da vida, ou da saúde do enfermo*” (Graça, 2005:7; citando Diogo, 1741:75).

Durante muito tempo a enfermagem, e em particular as enfermeiras, acomodaram-se a este papel de subserviência, no entanto e como se pode ler no mesmo documento, a preocupação com a tomada de decisão clínica em enfermagem, deslumbrava-se já nesta publicação do século XVIII da autoria do Padre Frei Diogo de Santiago; “*Esta Arte de Enfermeiros está revista por Médicos doutores, e Cirurgiões peritos, como são diversas as opiniões, deve o Enfermeiro seguir a do Médico, com que visita os enfermos; mas isto no caso que a experiência lhe não mostre é menos conveniente o que o Médico determina, e deve com ele conferir o mais acertado; porque há Rábulas, que melhor que um Letrado endireitam uma causa; e como desta pende a vida, e saúde dos enfermos, deve o Enfermeiro procurar seja tudo com acerto por crédito da ocupação; e obrando assim, se livrará dos escrúpulos de consciência*” (Graça, 2005:10; citando Diogo, 1741:172).

No fim do século XIX e no início do Século XX, com a laicização do estado, “*são criadas as primeiras escolas de enfermagem por iniciativa dos médicos e das*

administrações hospitalares” (Graça&Henriques, 2004:5). Estas escolas tinham como objectivo fornecer aos *“hospitais bons ajudantes, e mesmo à clínica particular bons assistentes do leito, onde o enfermeiro é visto claramente em termos subordinação ao médico (ajudante hospitalar ou assistente de leito na clínica privada, segundo expressões usadas por Ricardo Jorge)”* (Graça&Henriques, 2004:6).

Assim, em Portugal durante grande parte do século XX as *“enfermeiras eram vistas como pessoas que faziam o que os médicos mandavam, que faziam os trabalhos menores, aquilo a que a nós chamávamos de técnicas”* (Pacheco et al 2005:17; citando Sousa, 2004). Ainda para os mesmos autores (2005:17) a *“grande mudança ocorreu, como em toda a sociedade, pela alteração de mentalidades decorrentes da Revolução de 25 de Abril de 1974 e pelas sucessivas revisões da carreira que, paulatinamente, vão impondo uma nova imagem da profissão”*.

Ainda nos dias de hoje *“os enfermeiros portugueses têm pouca visibilidade na sociedade actual, por razões históricas”* (Graça&Henriques, 2004:1; citando Sousa, 1999).

Uma das formas de caminharmos neste percurso é um olhar sobre a legislação mais relevante ligada ao ensino da enfermagem e do papel da enfermagem nos cuidados prestados ao longo do século XX, com o objectivo de podermos ter uma percepção da tomada de decisão de enfermagem numa perspectiva histórica contemporânea.

Com o *Diário do Governo - nº 248* de 4 de Novembro de 1903, é aprovado o regulamento do curso de parteiras, professado na Universidade de Coimbra e nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto. Só eram admitidas a este curso candidatas com o 2º grau de instrução primária, o equivalente hoje ao 1º ciclo do ensino básico (artigo, 7º).

O curso era de dois anos: no 1º ano, a regência do curso era confiada a um professor substituto da secção cirúrgica e no 2º pelo professor titular da cadeira de obstetrícia (artigo, 1º). Embora competisse aos conselhos escolares definir os respectivos programas, o regulamento do curso de parteiras estipulava que, no 1º ano do curso, as matérias deviam restringir-se *“ao que for mais elementar e mais propriamente referente a gravidez e partos normais; o 2º ano, por seu turno, era dedicado ao estudo dos partos*

distócos, aos exercícios com manequins e à assistência clínica (Boletim dos Serviços Sanitários do Reino, 1903. 146-148)” (Graça&Henriques, 2004:7).

O Decreto n.º 13166 do 1º Semestre de 1927, regulamentava entre outras as ajudas de custos aos funcionários da Direcção Geral de Saúde, quando em serviço no exterior, considerava os enfermeiros no grupo dos ajudantes de maquinista, desinfectores e mestre a vapor, com uma ajuda de custo de 30 escudos.

O Ministério do Interior aprovava em 1931 o quadro de pessoal da Misericórdia de Ponte de Lima e os respectivos vencimentos anuais (Decreto n.º 20375). Assim as enfermeiras auferiam 40 escudos por mês, a cozinheira 30 escudos, o barbeiro 50 escudos, o médico auferia 180 escudos e que era quatro vezes mais que o próprio director da instituição (45 escudos). Neste decreto podemos perceber que face à formação quase inexistente, os salários auferidos pelas enfermeiras eram também baixos. Como refere Pacheco et al (2005:13), a legislação do início da década de “1930 determinava que o ensino de enfermagem era essencialmente prático, podendo os alunos ser de ambos os sexos, mas onde a preferência era dada às mulheres. Ao mesmo tempo, nos vários estabelecimentos assistenciais do país, um grande número de enfermeiras era constituído por voluntárias e por religiosas com formação insuficiente”. No entanto na segunda metade desta década começava a ser exigido às candidatas ao curso de parteiras que soubessem ler e escrever (Decreto 5-XIII-1936).

No Decreto-Lei 32.171, de 29 de Julho de 1942, é considerado que a única profissão na saúde é a Medicina, todas as outras eram “auxiliares de medicina”. O que relegava para segundo plano todas as outras profissões que prestavam cuidados e lhes retirava autonomia no seu desempenho.

Em 1942, procede-se ao início da reforma do ensino e da prática de enfermagem com o Decreto-Lei 32612 de 31 de Dezembro. Deste modo, pode ler-se no relatório deste decreto que “verifica-se, em verdade, no ensino e prática de enfermagem geral ou especialidades, graves deficiências. A aprendizagem é confinada ao simples tirocínio prático ou à improvisação das boas vontades”. Era também referido que a profissão de enfermagem reclama competência técnica, no entanto o mesmo Decreto-lei classificava a enfermagem como “auxiliares de Medicina” (Decreto-Lei n.º 32612:1712).

Regulamentava também que os candidatos à enfermagem hospitalar seriam do sexo feminino, solteiras ou viúvas mas sem filhos. No entanto, era surpreendente que nos anos quarenta já era considerada a cooperação e a intervenção da família como prioritária para “*melhor diagnóstico e decisão terapêutica*” (Decreto-Lei n.º 32612:1712).

O *Decreto-Lei 36.219*, de 10 de Abril de 1947, reforma o ensino da enfermagem e introduz dois níveis de formação: auxiliares e enfermeiros.

Assim, ao longo da primeira metade do Século XX, “*não se viveu um período fácil para a enfermagem em Portugal*” (Pacheco et al, 2005:13), pois o nível de formação requerido era baixo, o que influenciava negativamente o seu reconhecimento e o desenvolvimento da tomada de decisão clínica.

O *Decreto-lei 38.884*, de 28 de Agosto de 1952, confere às escolas Oficiais autonomia técnica e administrativa e as mesmas passam a habilitar auxiliares de enfermagem, enfermeiros e monitores de enfermagem.

O Ministério da Saúde e Assistência pública em 1962, a *Portaria n.º 19 221* de 5 de Junho, que vem lançar as bases da organização interna da Direcção Geral dos Hospitais, criando os serviços técnicos, onde eram reconhecidos entre outros os serviços de enfermagem hospitalar. Pode ler-se no seu artigo 13.º “*É da competência do serviço de enfermagem hospitalar: Fazer o cadastro e estudo dos serviços existentes em matéria de enfermagem; Manter-se informado dos efectivos de pessoal de enfermagem em cada serviço; Estudar as necessidades dos serviços hospitalares em pessoal de enfermagem em cada serviço; Estudar as necessidades dos serviços hospitalares em pessoal de enfermagem, quer sob o ponto de vista da quantidade, quer da qualidade; Preparar planos de aumento de pessoal e de melhoramento dos serviços de enfermagem hospitalar; Estudar as medidas convenientes à estruturação e valorização da carreira de enfermagem hospitalar; Elaborar o regulamento nacional das técnicas e manual dos serviços de enfermagem hospitalar e revê-los periodicamente; Manter as escolas de enfermagem informadas sobre as necessidades dos serviços hospitalares em pessoal dessa categoria, sobre a evolução das ciências e técnicas que devam ter tradução nos programas de ensino, sobre as facilidades concedidas nos hospitais para o efeito de estágios escolares e pós/escolares, bem como sobre o que mais interesse a uma perfeita*

ligação das escolas com a necessidades dos serviços; Orientar os enfermeiros dos grupos de assistência das comissões inter/hospitalares” (Portaria 19 221:787). Esta ideia progressista, para a altura, de fazer a ligação entre as reais necessidades dos locais de prestação de cuidados em matéria de cuidados de enfermagem e as escolas onde essa formação era exercida, parece a primeira forma do ensino aliado à prática fundamentada em Portugal. Parece-nos pela revisão histórica que fizemos, esta regulamentação, fruto da influência da inestimável Enfermeira Maria Fernanda Resende, sobre o governo de Oliveira Salazar, vinha dar “*uma resposta de modernidade*” (Pacheco et al, 2005:17) à enfermagem em particular e ao sistema de saúde em geral. Posteriormente, em 18 de Junho de 1962, foi nomeada a Enfermeira Resende como Directora de Serviço de Enfermagem Hospitalar da Direcção-Geral dos Hospitais.

No *Decreto-Lei 44.633*, de 15 de Outubro de 1962, pode ler-se que “*no intuito de melhorar o nível técnico do pessoal exercendo lugares de chefia de enfermagem, foi oportunamente determinado que nesses cargos só fossem providos os profissionais habilitados com o curso de enfermagem complementar*” (Pacheco et al, 2005:18).

No início da década de sessenta começam-se a dar os primeiros passos para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina da saúde. Na *Portaria n.º 19 221* de 5 de Junho de 1962, pode ler-se que a nova organização da Direcção Geral de Saúde, traz novas exigências ao nível da formação mais elevada para admitir as chefias de enfermagem que produziram uma “*narrativa nobre, estabelecida primeiro pela mão dos dirigentes da enfermagem e, mais tarde, como braço histórico da ciência da enfermagem*” (Latimer, 2005:237).

Em 18 de Março de 1963 é publicado o *Decreto-lei 44.932*, que vem permitir o casamento de enfermeiras hospitalares, pelo facto de na altura se sentirem dificuldades no recrutamento de enfermeiras. No entanto, pode ler-se que “*continuam-se a reconhecer as vantagens de, sempre que possível, contribuir, através de medidas legislativas, para afastar a mulher casada de preocupações e ambientes estranhos ao lar, onde lhe está reservada a mais nobre missão. No caso particular das enfermeiras dos serviços hospitalares, outros motivos ainda aconselham que as mulheres casadas deles sejam afastadas, posto que a irregularidade de horários e a natureza absorvente das funções dificilmente se coadunam com os deveres de esposa e mãe*” (Decreto-Lei

n.º 44 923:270). Para Graça&Henriques (2000:7), mantém-se ainda de certa forma “*uma medida claramente sexista, inspirada no modelo fascista italiano*”. Porém, o mais surpreendente deste decreto, e em concordância com o descrito em legislação anterior é considerar a enfermagem como *tirocínio*, ou seja a prática de determinadas funções como o “*exercício preliminar para o desempenho delas; aprendizado; formação inicial; prática inicial*” (DULP, 1999:1434). Assim, refere-se à enfermagem como “*tirocínio ou prestação de cuidados*” e às enfermeiras como “*tirocinantes ou enfermeiras*” (Decreto-Lei n.º 44 923:270), com este tipo linguagem as enfermeiras mantinham a sua função secular de executantes de algumas tarefas, sendo que os seus saberes eram sempre iniciais e desprovidos de qualquer juízo ou decisão.

Em 1965 o Decreto-lei 46.448 marca o início da passagem do ensino da enfermagem para a responsabilidade dos enfermeiros e estabelece normas claras em matéria de habilitações literárias exigidas aos novos profissionais do sector e ao mesmo tempo normas de avaliação e de valorização dos enfermeiros.

O Ministério da Saúde e Assistência com a *Portaria 22539*, cria a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, que lança o primeiro programa de actualização em administração de serviços de enfermagem que se viria a tornar numa “*arma valiosa contra a apatia e a rotina*” (Pacheco et al, 2005:41).

Em 14 de Janeiro de 1970 a *Portaria 34/70*, vem regulamentar a autonomia técnica e administrativa, conferida às Escolas de Enfermagem em 1952, pelo decreto-lei 38 884 de 28 de Agosto. No entanto, mantém a colonização no ensino de enfermagem por parte de médicos e administradores hospitalares. Assim pode ler-se nesta portaria que o “*Conselho Orientador é presidido pelo Provedor ou Administrador-Geral do hospital e que são ainda vogais no que se refere por parte do hospital: de um director clínico, um administrador, um enfermeiro e uma assistente social*” (Portaria 34/70). Mais à frente pode ler-se no artigo 12-1º do mesmo decreto que “*a direcção da escola é constituída pelo director, que preside, pelo subdirector, por um professor médico designado pelo conselho escolar e pelo presidente da comissão de alunos*”.

Dezoito anos após ter sido conferida a autonomia técnica e administrativa às Escolas de Enfermagem, a *Portaria 34/70* continua com a orientação legislativa sustentada na

formação de enfermeiros através da influência do chamado modelo biomédico que contraria a tomada de decisão clínica de enfermagem.

O *Decreto-Lei 305/81* de 12 de Novembro de 1981, vem introduzir alterações à carreira de enfermagem, tendo em conta as “*convenções e recomendações de organizações internacionais, nomeadamente da OMS e da OIT, e as exigências decorrentes da próxima adesão de Portugal à CEE*”. A mesma redacção vem realçar a importância desta nova carreira, o que implica necessariamente um aumento das responsabilidades dos enfermeiros e qualificações técnicas cada vez maiores. São lançadas as bases do futuro, onde são reconhecidas a formação técnica e científica, bem como o desenvolvimento do nível da formação, que “*garanta a prestação de melhores cuidados de enfermagem, o maior aproveitamento dos recursos humanos existentes e a eficiência dos serviços e, por outro lado, mais perspectivas de realização e progressão profissional*” (*Decreto-Lei 305/81*). Como nos é permitido observar, esta regulamentação exige dos enfermeiros maior formação técnica e científica, no sentido de prestarem melhores cuidados. O que nos parece implícito é que há uma ideia de crescente responsabilização dos enfermeiros perante os cuidados que prestam e conseqüentemente sobre o que decidem.

Em 1983 são criadas as Escolas de Enfermagem Pós-Básicas de Lisboa, Porto e Coimbra (*Decreto-lei 265/83*), com a conseqüente regulamentação dos vários cursos pós-básicos em enfermagem, onde se continua a reforçar a ideia de preparar enfermeiros capazes de prestar cuidados mais complexos e aumentar desta forma a eficácia dos serviços e elevar o nível dos cuidados que visavam o bem-estar da pessoa, da família e da comunidade. Há assim um aumento da formação dos enfermeiros ao nível do curso de especialização em enfermagem. No entanto, veríamos anos mais tarde que esta formação apenas serviu para os enfermeiros chegarem a lugares de chefia nos hospitais e nos Centros de Saúde. Graça&Henriques (2000:12), citando Nogueira (1990:145), vêm fundamentar esta ideia quando referem que existe “*a aparente atracção pelas actividades de gestão, em detrimento da prestação directa de cuidados de enfermagem, exercida sobre os enfermeiros com formação pós graduada*”. Observa-se assim quase até aos dias de hoje um desperdício desta força de trabalho altamente qualificada e preparada por áreas de intervenção específicas, para prestar cuidados de enfermagem e ajudar outros enfermeiros menos qualificados a prestarem cuidados baseados na

fundamentação técnica e científica. Este factor não pode ser dissociado da carreira de enfermagem, construída em forma de pirâmide (Decreto-lei 305/81). Este aspecto, vem em nosso entender contribuir para um retrocesso em todo o processo de tomada de decisão em enfermagem na prática de cuidados, arrastando a discussão sobre esta problemática para o fim da década de 90, com o acesso de mais enfermeiros aos cursos de mestrado e de doutoramento, devido às crescentes exigências no ensino da enfermagem ao nível do ensino politécnico.

O *Decreto-Lei 104/98* de 21 de Abril de 1998, cria a Ordem dos Enfermeiros, com a consequente criação de “*mecanismos conducentes à regulamentação e controlo do exercício profissional*” (Decreto-Lei 104/98:1739), e da adopção de um “*código deontológico e de um estatuto disciplinar pelos quais os enfermeiros pautam a sua conduta profissional e, por esta via, garantam a qualidade dos cuidados de enfermagem*” (Decreto-Lei 104/98:1739).

O *Decreto-Lei 353/99*, de 3 de Setembro de 1999, aprova as regras gerais a que fica subordinado o ensino da Enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Assim, o curso de licenciatura em Enfermagem “*visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidades, nos diferentes níveis de prestação*” (Decreto-Lei 353/99:6199). Desta forma, foi dado um passo crucial na formação de qualidade ao nível do ensino superior, conferindo habilitações no campo do “*desenvolvimento da prática da investigação*” (Decreto-Lei 353/99:6199), no âmbito da Enfermagem, como forma de fundamentação das práticas. A *Portaria n.º 799-D/99*, 18 de Setembro “*disciplina o curso de licenciatura em Enfermagem*” (Portaria n.º 799-D/99:6510-2) e a *Portaria n.º 799-G/99* de 20 de Setembro “*cria o curso de licenciatura em Enfermagem num conjunto de escolas superiores de enfermagem públicas*” (Portaria n.º 799-G/99:6510-8), dirigido a estudantes de enfermagem, como forma de obterem o grau de licenciado.

Por outro lado a *Portaria n.º 799-E/99* de 18 de Setembro cria o Regulamento Geral do curso de Complemento de Formação em Enfermagem, como forma de atribuir o Grau de Licenciado a enfermeiros detentores do grau de Bacharelato e a *Portaria n.º 799-F/99* de 20 de Setembro, “*aprova o Regulamento Geral do Ano Complementar de Formação em Enfermagem*” (Portaria n.º 799-F/99: 6510 7-8).

Em 2003 a Ordem dos Enfermeiros pública as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2003), onde são emanadas indicações sobre a tomada de decisão em enfermagem; *“na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade), após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.*

No processo da tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Para tal, reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica guidelines constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2003:2).

É depois de todo um processo de evolução sedimentada, quer da formação, quer da prática ao longo de todo o século XX, que a Enfermagem é reconhecida como um ramo do saber, com plenas capacidades para procurar e desenvolver conceitos próprios e reconhecidos na Academia. É exemplo disso a criação da Comissão Científica do Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa assim, *“o Vice-Reitor, Professor António Nóvoa, apresentou a proposta de constituição da Comissão Científica do Programa de Doutoramento em Enfermagem, elaborada pelo Grupo Ad-hoc para o lançamento do Programa de Doutoramento em Enfermagem”* (UL, 2004:4).

Como percebemos anteriormente, a tomada de decisão está profundamente ligada à fundamentação das práticas, deste modo, todo este processo evolutivo da Enfermagem como disciplina que procura conhecimentos, devidamente testados, é um avanço fundamental no reconhecimento, por parte de outros grupos profissionais, da sua autonomia nas tomadas de decisão.

1.3 - TEORIAS E MÉTODOS DE ESTUDO MAIS UTILIZADOS NA TOMADA DE DECISÃO

A problemática da decisão clínica de enfermagem tem sido abordada de forma crescente, a “*partir da década de oitenta*” (Jesus 1999:40), sendo atribuída a Benner (1982) e Benner&Tanner (1987), os trabalhos que mais contribuíram, no sentido de se evidenciar a discussão sobre esta matéria.

É unânime a multiplicidade de termos usados por diferentes autores para definir o conceito em discussão, no entanto quer para Neves (2004), quer para Jesus (2004), os termos encontrados vão desde a decisão clínica, julgamento clínico, inferência clínica, raciocínio clínico e raciocínio diagnóstico, mas o termo mais comum é a “*tomada de decisão clínica*” (Neves 2004:15, Jesus 2004:28).

O desenvolvimento de estudos de investigação nesta área é uma mais valia para a profissão, como o é também, nos domínios da qualidade exercida pelos próprios cuidados prestados à população em geral. “*A investigação ao evidenciar os padrões e processos de tomada de decisão, bem como os factores que a influenciam e os resultados obtidos, irá por certo contribuir para a implementação de novas dinâmicas na formação inicial, de pós-graduação ou formação continua de enfermeiros, influenciando os currículos escolares nos seus conteúdos, métodos e técnicas de ensino/aprendizagem, indo de encontro à formação dum profissional competente, capaz de adequar as suas atitudes e comportamentos de forma justa às diferentes situações do seu quotidiano*” (Jesus 1999:16).

Passamos então a descrever a revisão efectuada sobre esta matéria fazendo por ordem cronológica uma análise dos estudos consultados.

Benner (1982) e utilizando o modelo de Dreyfus&Dreyfus de aquisição de competências “*desenvolvido sobre o estudo de jogadores de xadrez e de pilotos de avião do matemático e analista dos sistemas Stuart Dreyfus e o filósofo Hubert Dreyfus*” (Benner 1982:402), percebeu que este pode ser adaptado à enfermagem e pode ser a base dos conhecimentos clínicos e de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem. Realizou um estudo em que utilizou “*51 enfermeiras experientes, 11*

enfermeiras recém formadas e 5 estudantes no último ano lectivo em 6 hospitais diferentes” (Benner 1982:403). Assim, Benner (1982:406) refere que este modelo pode ser adaptado e generalizado ao desenvolvimento de competências dos enfermeiros, sendo este composto por cinco níveis: *“Iniciado, Iniciado Avançado, Competente, Proficiente e Perito”*. Benner (1982) definiu: Iniciado – *“os iniciados não têm experiência das situações com que possam ser confrontados”* Benner (1982:403); Iniciado Avançado - *“o comportamento das iniciadas avançadas é aquele que pode ser aceitável, pois já fizeram frente a suficientes situações reais para notar os factores significativos que se reproduzem em situações idênticas e que o modelo Dreyfus qualifica por aspectos da situação”* (Benner, 1982:403); Competente – *“a enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos. Torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus actos em termos objectivos ou dos planos a longo prazo dos quais está consciente”* Benner (1982:404); Proficiente – *“a enfermeira proficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas”* Benner (1982:405); Perito – *“a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado. A perita, que tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva, cada situação e apreende directamente o problema se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”* Benner (1982:405).

Por outro lado, percebeu que a aplicação deste modelo aos enfermeiros e combinado com a interpretação e descrição das práticas de enfermagem, oferece as linhas orientadoras do desenvolvimento profissional e o desenvolvimento dos conhecimentos clínicos da prática de enfermagem.

Benner&Tanner (1987), e no seguimento dos trabalhos de Benner de 1982, realizaram um estudo piloto que procurou *“identificar a natureza e a função da intuição no julgamento clínico das enfermeiras peritas”* (Benner&Tanner 1987:23).

Deste modo, utilizaram 21 enfermeiras com o mínimo de 5 anos de experiência em cada área clínica e identificadas pelos seus colegas como peritas na sua área de cuidados. Todas as enfermeiras foram entrevistadas três ou mais vezes e foram observadas na sua prática pelo menos uma vez. *“As entrevistas e as observações realizadas ofereceram ricos exemplos do tipo dos Julgamentos Intuitivos realizados pelas enfermeiras e a*

forma como fazem a diferença nos outcomes desses mesmos cuidados” (Benner&Tanner 1987:23).

Deste modo, cada entrevista oferece exemplos dos “*seis aspectos fundamentais do julgamento Intuitivo, do modelo de Dreyfus’s (1985): modelo de reconhecimento, identificação da semelhança, o entendimento do bom senso, habilidade no saber-saber, importância e a sua utilidade e a racionalidade ponderada*” (Benner&Tanner 1987:23).

Parker et al (1999) num estudo fenomenológico utilizou seis enfermeiras circulantes, com mais de cinco anos de experiência em cuidados peri-operatórios. Deste modo, realizou entrevistas estruturadas, onde se pretendia estudar situações em que as tomadas de decisão tenham feito a diferença nos cuidados directos ao doente.

Os padrões e os temas encontrados foram os seguintes:

- *“Tema: Fazer a ligação;*
 - *Toque;*
 - *Entrevista peri-operativa;*
 - *Humanização dos cuidados;*
- *Tema: Incorporar o conhecimento;*
 - *Incorporar o conhecimento, através de experiências similares;*
 - *Incorporar o conhecimento, através de experiências pessoais;*
- *Postura compreensiva e apoio ao doente” (Parker et al, 1999:52)*

As autoras concluem que os “*outcomes positivos nesta área dos cuidados, dependem da habilidade que as enfermeiras peritas têm em integrar todos os seus conhecimentos, no sentido de tomarem decisões rápidas e de modo constante agirem como advogado dos pacientes*” (Parker et al, 1999:61).

Jesus (1999) realizou um estudo utilizando o paradigma de investigação qualitativa, com um desenho descritivo e comparativo, com triangulação simultânea de métodos e técnicas de análise de dados, utilizando trinta e dois enfermeiros de nível I, possuidores de curta ou longa experiência com utentes de medicina e cirurgia. Percebeu que os enfermeiros utilizam “*algumas estratégias de raciocínio clínico e das fontes de informação referidas na literatura como sendo inerentes ao processo de raciocínio clínico de enfermagem, não identificou diferenças entre principiantes e experientes no que se refere ao modelo ou padrão de raciocínio utilizado pelos enfermeiros no processo de decisão diagnóstica*” (Jesus 1999:158).

Este autor identificou as “*estratégias de raciocínio que correspondem às seguintes categorias de orientação do pensamento: revisão da informação; procura de informação adicional; reflexão sobre a informação; formulação de hipóteses; inferência; identificação de necessidades de cuidados; identificação de problemas/diagnósticos de enfermagem; formulação do problema/diagnóstico de enfermagem; prescrição de intervenções; organização dos problemas*” (Jesus 1999:154).

O mesmo autor deixa algumas recomendações “*ao nível da prestação de cuidados (onde deverão ser proporcionadas aos enfermeiros condições de trabalho que facilitem um maior contacto e intimidade com os utentes), ao nível dos sistemas de informação e documentação de enfermagem (diagnostica e intersectorial - utilizando a Linguagem Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE), ao nível da formação inicial e pós-graduada (onde deve ser dada menor ênfase aos modelos de raciocínio e de decisão médica e maior incremento aos conteúdos inerentes ao processo de raciocínio diagnóstico, de resolução de problemas e de decisão clínica de enfermagem, com utilização da linguagem da CIPE, sobretudo na vertente Diagnóstica / Fenómenos de Enfermagem), ao nível da formação contínua (dever-se-á estimular a autoformação, da reflexão durante e sobre a acção), futuras investigações (o autor sugere a realização de estudos multicêntricos, que permitam uma melhor compreensão do papel do conhecimento do doente, da intuição e da abdução nos processos de raciocínio e de decisão nos cuidados de enfermagem; e futuros estudos que se destinem a descrever os contributos dos principais factores de influência na decisão clínica de enfermagem)*”. Jesus (1999:156,157).

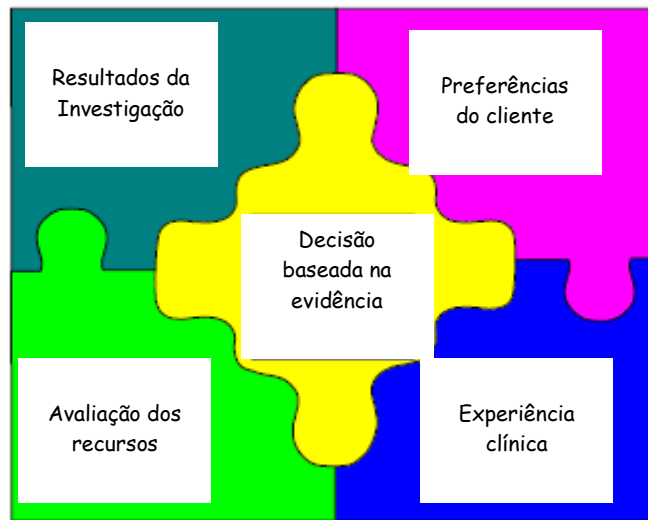
Thompson et al (2003), num estudo realizado no Reino Unido, com 120 enfermeiros da prática dos cuidados, em que utilizou o paradigma qualitativo, analisou os tipos de decisões realizadas pelos enfermeiros e os saberes da natureza dessas decisões. Identificou “*seis áreas de decisão clínica em enfermagem:*

- *Intervenção/eficácia: Fazer escolhas entre a intervenção X e a intervenção Y;*

- *Alvo dos seus cuidados: uma sub categoria da intervenção/eficácia, este tipo de decisões são a forma de escolher os pacientes que têm maior benefícios com as suas intervenções.*
- *O tempo de decisão: outra subcategoria da Intervenção efectiva na decisão. Esta subcategoria está relacionada com a escolha por parte das enfermeiras da melhor altura para executar intervenções particulares.*
- *A Comunicação: esta decisão é focada na forma como fornecem informação e dão informação, quer aos colegas, quer aos doentes e familiares. Neste estudo, as enfermeiras envolvidas relataram que a forma como tomam esta decisão da comunicação representa riscos e benefícios nas diferentes categorias identificadas.*
- *A Organização do serviço/gestão de cuidados: este tipo de decisões está relacionado com a forma como a enfermeira organiza o serviço e os seus cuidados, de modo a serem mais eficazes.*
- *Compreensão: está relacionada com a interpretação dos sinais evidentes no processo de cuidar, que podem determinar quais serão as prioridades a estabelecer” Thompson et al (2003:2).*

Neste mesmo estudo (Thompson et al 2003:167, citando Cullum et al 1998), referem-se ao conceito da prática baseada na evidência, “*como a forma de explorar o potencial de cuidados prestados pelas enfermeiras alicerçados na investigação baseada no conhecimento sendo importante clarificar a conceptualização deste conceito, com a experiência das enfermeiras, com as preferências dos pacientes, a avaliação dos recursos e os conhecimentos produzidos pela investigação e a forma como todas se combinam*”.

Figura1 - O Processo de Tomada de Decisão Baseada na Evidência.



Fonte: Adaptado de Thompson et al (2003:167); citando Cullum et al, 1998

Parece-nos que esta questão da prática baseada na evidência prende-se, por um lado, com a enorme evolução que a enfermagem teve nas últimas décadas e, por outro, pela responsabilidade que os enfermeiros sentem nas suas esferas de acção.

Para Thompson et al (2003:1), *“ao mesmo tempo que tem aumentado a investigação da forma como os enfermeiros tomam as decisões, aumentou também a investigação sobre a informação que usam, nessas mesmas decisões”*. Estes autores dão a ideia de que estes dois factores contribuíram para que se tivesse aproximado a evidência, da prática dos cuidados de enfermagem.

Ao longo deste trabalho de investigação, é focalizada a importância do acesso à informação na tomada de decisão de enfermagem. São assim, abordadas quatro perspectivas observadas sobre a utilidade da informação produzida pelos estudos de investigação na tomada de decisão pelos enfermeiros:

- *“A informação é útil e oferece claramente linhas de orientação na prática de cuidados. A forma mais comum de se utilizar esta informação é sob a forma de protocolos realizados por enfermeiros especialistas.*

- *A informação/ experimental da experiência clínica é referenciada como a mais útil, embora as enfermeiras com maior formação encontrem nesta perspectiva menor utilidade.*
- *Estruturalmente, o que suporta a informação mais utilizada provem da confiança que as enfermeiras sentem na informação que vem das unidades U&D. Por outro lado, a maior utilidade surge associada ao desenvolvimento de processos tecnológicos, como forma de induzir as enfermeiras no contacto com a investigação. Parece-nos que os relatórios de estudos científicos e sumários de investigação são úteis na prática de cuidados.*
- *A investigação e as tecnologias derivam da escolha de tecnologia em “data bases” e de sistematicamente ter presente que a importância desta investigação se vai tornar mais útil na tomada de decisão clínica em enfermagem” (Thompson et al 2003:3).*

Este estudo de Thompson et al (2003:2) refere ainda a importância e o potencial da prática baseada na evidência em enfermagem, *“pois as enfermeiras têm um grande potencial em participarem na prática baseada na evidência. Contudo a formação, a investigação e políticas de gestão responsáveis nesta área são requeridas, no sentido de se avançar nesta área ainda em desenvolvimento. As enfermeiras necessitam, de reconhecer as decisões que tomam e entenderem as implicações que estas têm. Têm que se inclinar na construção e focalização das questões da sua prática clínica e efectivamente e eficazmente procurar a melhor forma de avaliar a investigação para responderem a estas questões”*.

Parece-nos pois que a prática baseada na evidência é um dos componentes essenciais à prática de enfermagem avançada. Glanville et al (2000) referem que esta está relacionada com a melhoria dos *outcomes* e com a qualidade dos cuidados. Mencionam ainda que a *“tradicional forma de resolver problemas, não é baseada em argumentos produzidos através de estudos de investigação”* Glanville et al (2000:1). Por outro lado, entendem que a prática baseada na evidência é a forma de se ultrapassar esta dicotomia. Assim, sugerem uma prática baseada em linhas de orientação (*guidelines*), desenvolvidas e descritas por várias organizações como a *Agency for Healthcare Research and Quality*, e a base de dados da *National Guideline Clearing House*.

Identificam estes locais de eleição podendo ser utilizados como recursos na utilização destas linhas de orientação, que conduzam à tomada de decisão clínica de enfermagem, tendo por base a evidência sustentada na investigação.

Desta forma são recomendadas, entre outros, linhas de orientação para a prática de enfermagem avançada a clientes com Asma (RAON, 2004a), DPOC (RAON, 2005), administração de insulina em adultos com diabetes tipo 2 (RAON, 2004b), administração de medicação em clientes idosos (Fulmer et al, 2003), entre outros.

A prática de enfermagem avançada pode vir assim a *“assumir-se como um modelo para uso na enfermagem, como o caminho para esta se assumir como a ciência da individualização do cuidar”* Glanville et al (2000:9).

Num estudo sobre a integração dos níveis da evidência na tomada de decisão clínica, Melnyk (2004:323) refere que *“a prática baseada na evidência é um problema por resolver, pois a fórmula da tomada de decisão clínica de enfermagem deve ser alicerçada em quatro factores, a evidência, os valores dos pacientes, as suas preferências e a experiência clínica por parte dos enfermeiros”*.

Deste modo, a prática baseada na evidência deve seguir linhas de orientação, no sentido de guiar a prestação de cuidados, tendo por base estudos científicos e a reflexão sobre essa mesma prática clínica.

A mesma autora (2004) sugere um ranking, composto por níveis para a hierarquização da prática baseada na evidência:

Quadro 1 - Sistema de Ranking para a hierarquia da prática baseada na evidência.

Nível I	Evidência pela sistemática revisão e meta/análise de estudos científicos (relevantes devidamente controlados e testados pela comunidade científica, ou em linhas de orientação produzidas com base na revisão sistemática destes estudos enunciados).
Nível II	A evidência a partir de pelo menos um destes estudos designados como relevantes e devidamente controlados e testados pela comunidade científica.
Nível III	A Evidência obtida a partir de um estudo designado como relevante devidamente controlado sem ser testado.

Nível IV	A evidência obtida a partir de estudos designados como estudos de caso ou de grupo.
Nível V	A evidência a partir da revisão sistemática de estudos descritivos ou estudos qualitativos.
Nível VI	Evidência a partir de um único estudo descritivo ou qualitativo.
Nível VII	A evidência a partir de opiniões de autoridades e/ou de relatórios de pessoa com notório conhecimento numa determinada área da comunidade.

Fonte: Traduzido de Melnyk (2004:324); citando Guyatt&Rennie, 2002; Harris et al, 2001)

Posteriormente, Jesus (2004) realizou um estudo utilizando a combinação entre os métodos qualitativo e quantitativo e técnicas como, a teoria enraizada (grounded theory), a fenomenologia, a etnografia e as técnicas de observação participante, de obtenção de protocolos de verbalização do pensamento em contextos naturais e, sobretudo, as triangulações múltiplas, aplicados a vinte e sete enfermeiras de três unidades de medicina de um hospital português. *“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”* (Jesus 2004:357).

Identificou também 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; 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 o utente”* (Jesus 2004:362).

Os estudos de Jesus 2004 deixam também recomendações muito semelhantes ao trabalho de Jesus 1999 aos níveis da prestação de cuidados de enfermagem, da gestão, da formação e da investigação, já descritas anteriormente.

Neves (2004), utiliza o paradigma qualitativo recorrendo à observação e à entrevista, tendo colaborado neste estudo 18 enfermeiros a exercerem a sua actividade em serviços de Urgência, Medicina, Obstetrícia/Ginecologia, Cirurgia e Hemato-Oncologia. A investigadora descobriu que *“relativamente às intervenções realizadas que a enfermeira considera serem da sua exclusiva iniciativa e decisão, destacam-se intervenções do tipo comunicar, diagnosticar, posicionar, agasalhar e implementar. Estas intervenções têm praticamente todas como finalidade máxima proporcionar conforto físico e não só ao cliente, apoiar, pedir colaboração e ajudá-lo a recuperar alguma autonomia funcional”* (Neves 2004:148).

A mesma autora (2004) refere também que para fundamentar as suas decisões, as enfermeiras baseiam-se na avaliação que fazem do cliente, através do que observam, do que ele verbaliza, da monitorização que realizam, da percepção do seu estado emocional e, comparação com aquilo que já conheciam anteriormente do cliente. O ênfase é colocado nos sinais e sintomas mais evidentes, que são facilmente visíveis, perceptíveis e de fácil interpretação. Não existe por isso necessidade de se recorrer à formulação de diagnósticos ou planos formais, pois a decisão é tomada de acordo com o que se vê, percebe e interpreta da situação.

A autora (2004) deixa também algumas recomendações muito semelhantes às dos trabalhos de Jesus 1999 e 2004, no entanto refere a existência de protocolos, que poderão ajudar as enfermeiras a decidirem de forma mais rápida e eficaz e, sobretudo, a terem uma base que as apoia nessa decisão. Além de outras recomendações, deixa também bem patente a necessidade de se estudar a tomada de decisão em *“contexto de cuidados de saúde primários, estabelecendo eventuais comparações com o contexto hospitalar”* (Neves 2004:155).

Num estudo, utilizando o paradigma quantitativo com o objectivo de identificar e comparar o tipo de decisões que as enfermeiras executam, em serviços de medicina, cirúrgicos e em unidades de cuidados intensivos, Bakalis&Watson (2005), aplicaram um questionário (CDMQ), que consiste em 15 indicações sobre o tipo de decisões que as enfermeiras tomam. Este foi aplicado a 60 enfermeiras (20 de cada área clínica identificadas anteriormente).

Neste estudo, os autores concluíram que a maioria das enfermeiras tomam *“regularmente decisões em relação aos cuidados directos aos pacientes, sendo que estas incluem nesta dimensão os cuidados directos e suporte psicológico e educação*

para a saúde quer aos pacientes quer aos seus familiares. Nos cuidados intensivos as enfermeiras tomam decisões de uma forma regular em situações de emergência, no sentido de alterarem a medicação dos doentes. Nos serviços de medicina e de cirurgia as enfermeiras referem que ocasionalmente tomam este tipo de decisões” Bakalis&Watson (2005:33).

Os autores referem ainda que, as decisões que as enfermeiras tomam estão directamente relacionadas com as suas áreas clínicas, os seus conhecimentos e experiências. Por outro lado, a experiência é relacionada com a frequência da tomada de decisão.

1.4 - BARREIRAS NA TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM

Em termos nacionais quer Jesus (1999, 2004), quer Neves (2004), têm identificado factores que influenciam a tomada de decisão clínica de enfermagem. Em estudos estrangeiros, estes factores têm sido mais frequentemente definidos por barreiras na tomada de decisão. Parece-nos que embora em termos nacionais o termo mais frequente seja os factores que influenciam a tomada de decisão, pensamos que o termo barreiras pode evidenciar melhor a problemática em estudo.

Para Jesus (2004:69) estes factores ou barreiras podem agrupar-se em *“factores contextuais e individuais, pois a maioria das decisões clínicas, diagnósticas ou de intervenção, são tomadas muitas vezes em contextos, 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”*.

Por outro lado, Jesus (2004) e Neves (2004) referem que os estudos de investigação nesta área, não são muito abundantes e apresentam limitações de natureza metodológica, com dificuldades na sua generalização.

No entanto, esta questão tem sido estudada de diferentes perspectivas e procurando analisar os diferentes e múltiplos factores que influenciam o processo de tomada de decisão.

Estes factores incluem variáveis individuais, níveis de experiência e de conhecimento (Benner, 1984; Benner&Tanner, 1987), a educação, a habilidade cognitiva e o

pensamento criativo (Jesus 1999, 2004; Neves 2004), o auto-conceito (Joseph, 1985:22) e os comportamentos perante situações de stress (Evans, 1990). Estes factores podem ser facilitadores da tomada de decisão, ou por outro lado, podem ser barreiras neste mesmo processo.

A experiência e o conhecimento são dois factores que afectam a tomada de decisão clínica de enfermagem. A tomada de decisão no terreno da prática clínica implica mais do que a simples aplicação dos conhecimentos teóricos. Deste modo, é necessário um profundo conhecimento da situação, que envolve conhecimento e experiência. Por outro lado, a *“experiência aumenta os recursos cognitivos, na interpretação e avaliação da realidade”* (Evans, 1990:180), tendo como resultados tomadas de decisão mais precisas.

Como referimos anteriormente, Benner&Tanner (1987:362) estudaram as estratégias utilizadas quer por enfermeiros, quer por estudantes de enfermagem e perceberam que o aumento dos conhecimentos e da experiência têm uma relação directa na forma como tomam decisões. A precisão na forma como os enfermeiros diagnosticam uma situação, é atribuída de forma como uma situação é avaliada, *“dependendo do grau atribuído, se a enfermeira é uma perita, ou se por outro lado é iniciada”* (Benner&Tanner, 1987:31). Por outro lado, a intuição é definida por Benner&Tanner (1987:23), como *“o entendimento das situações fora da racionalidade”*, representando a marca do julgamento de um perito. A habilidade de identificar rapidamente os factores importantes, *“limita o número das alternativas a serem avaliadas, e reduz desse modo o conflito e o stress na tomada de decisão”* (Evans, 1990:180). Neste contexto, a habilidade em utilizar a intuição na tomada de decisão é um factor atribuído ao papel do perito (Benner, 1984). Ainda para a mesma autora (1984), as enfermeiras peritas sabem que algo é errado antes que os sinais clínicos se manifestem, mas negam este conhecimento devido à sua percepção do que é a sua intuição, não é uma técnica válida, na forma como avaliam as necessidades de cuidados dos seus clientes. A promoção *“da perícia na prestação dos cuidados requer a aceitação da compreensão e da intuição como um método válido da tomada de decisão, e desafia peritos a reflectirem sobre as suas experiências nesta questão”* (Corcoran-Perry&Bungert, 1992:69).

O raciocínio é a base do pensamento crítico, pois este produz resultados compreensíveis e metódicos (Jesus 1999, 2004). No entanto, o pensamento crítico é o produto do

raciocínio e da imaginação. A instrução e o ambiente da aprendizagem jogam um papel crucial na promoção e na habilidade criativa de pensar. O desenvolvimento do pensamento criativo, é apelidado como o auto-valor em desenvolver a capacidade de ser *“pensador criativo, que levam a desenvolver e a questionar novas ideias e que demonstram habilidade crítica de pensar, como forma de perceber a necessidade de tomarem decisões na sua prática diária”* (Burnard, 1989:274).

A percepção individual de ser mais ou menos inteligente, mais ou menos educado e mais ou menos competente influencia a forma como cada individuo percebe a sua visibilidade perante os outros e melhora ou não o seu desempenho (Joseph, 1985:22). Um dos componentes mais importantes do *“locus-controle é a percepção individual da auto-eficácia e do auto-conceito”* (Joseph, 1985:22). O *Locus controle* refere-se à forma como cada pessoa acredita conseguir controlar as suas acções e desempenhos. Aqueles com um *locus* interno de controlo acreditam na sua habilidade de influenciar resultados, *“visto que, aqueles que possuem um locus externo de controlo acreditam que os eventos são a causa de outros”* (Lazarus&Folkman, 1984:67). O *locus controle* é também utilizado, no sentido de se estudar os efeitos do stress nas tomadas de decisão, e sobre a percepção do stress do indivíduo.

O factor stress deriva da forma como o indivíduo *“percepção as situações em que está envolvido”* (Lazarus&Folkman, 1984:19). O stress interfere com o auto-conceito e com o conceito de auto-eficácia, *“as situações de extremo stress podem ter um impacto negativo no pensamento, afectando a habilidade da tomada de decisão”* (Neaves, 1989:15).

Cleland (1967) estudou os efeitos do stress no pensamento das enfermeiras e concluiu que os níveis moderados de stress facilitam o pensamento e a forma de tomada de decisão. Por outro lado, situações de baixo ou elevado nível de stress traduzem uma clara deterioração da qualidade do pensamento. *“Esta deterioração do pensamento é mais evidente quanto maior é a complexidade do pensamento”* (Cleland, 1967:110). Situações de baixo e elevado stress afectam o processo de tomada de decisão, com a crescente complexidade no pensamento e a forma como este é utilizado no processo de tomada de decisão.

A exposição a factores de elevado stress altera os “*comportamentos incluindo os estereótipos, o pensamento criativo e levam à perda de interesse*” (Cleland, 1967:110). Este processo resulta no *burnout*, um síndrome resultante do desenvolvimento de atitudes negativas no trabalho, diminuição do auto-conceito e perda de empatia. (Rich&Rich, 1987:63). Muitos autores (Wakefield, 1992:24; Rich&Rich, 1987:65) acreditam que as enfermeiras correm particular risco em desenvolver o *burnout* na sua prestação de cuidados. Os maiores factores de stress identificados pelas enfermeiras são: as relações interpessoais, os conhecimentos dos cuidados a prestar, a resolução de problemas e o seu envolvimento no trabalho (Huckabay&Jagla, 1979: 21; Bailey et al., 1980:17).

Outra das barreiras recentemente descritas, está relacionada com a prática baseada na evidência e a forma como as enfermeiras usam a informação obtida pelos estudos de investigação na sua tomada de decisão.

Neste sentido, os estudos de Thompson et al (2003:1) identificaram:

- *“Problemas na interpretação e utilização dos produtos da investigação. Os participantes envolvidos consideraram estes produtos complexos, académicos e excessivamente estatísticos. As enfermeiras referem ainda que sentem necessidade de conhecerem estes estudos, no entanto, sentem-se limitadas nas suas capacidades para usar estes conhecimentos com confiança na sua prática.*
- *Apesar da existência de confiança para com a investigação e perceberem a necessidade de adquirir competências para a utilizarem, também sentem a falta de um organismo que suporte esta mesma informação. Quanto maior a experiência que as enfermeiras têm, menor é a probabilidade de terem esta perspectiva.*
- *Muitas enfermeiras adoptam uma postura relativamente aos dados da investigação sentem falta de estudos, mas reprovam a sua credibilidade e aplicabilidade na sua prática clínica. No entanto, quanto mais formação têm, mais sentem a necessidade de basearem a sua prática perante estudo científicos e credíveis.*

- *Algumas enfermeiras sentem falta de habilidade (com formação de nível mais baixo) e motivação para usarem os estudos de investigação na sua prática quotidiana” (Thompson et al 2003:2).*

Para os mesmos autores (2003), estes factores têm um impacto nas decisões clínicas das enfermeiras, constituindo-se numa barreira ao seu desempenho.

Outro aspecto identificado como susceptível de influenciar a tomada de decisão é o contexto em que estas são tomadas.

Jesus (2004:75), citando Bucknall (2003), num estudo qualitativo que este realizou com o objectivo de 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 doente, 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.

SÍNTESE

O conceito em discussão reveste-se, como se pode perceber ao longo deste capítulo, de especial importância no desenvolvimento da profissão nas suas várias vertentes. Este facto aliado às exigências da sociedade actual em cuidados de enfermagem de qualidade leva a implicações na decisão clínica de enfermagem ao nível da prestação de cuidados, formação, ensino e investigação. No entanto, a nossa realidade é muito embebida em práticas baseadas na rotina e desligadas da reflexão, contribuindo para uma desadequação dos cuidados prestados, face à maioria das necessidades dos seus clientes.

Em Portugal, devido ao percurso dos séculos anteriores, e da revolução do 25 de Abril de 1974, com as consequentes alterações do papel das mulheres na sociedade, as enfermeiras foram progressivamente mudando de orientação e passaram a ter um papel mais activo no que se refere ao processo terapêutico do cliente, implicando uma maior responsabilização nas suas tomadas de decisões.

Surge assim a necessidade de se trabalhar este conceito ao nível da investigação avançada como forma de se melhorar a autonomia profissional dos enfermeiros, tendo por base a tomada de decisão sobre os cuidados que prestam.

Podemos observar uma multiplicidade de termos, contudo o termo tomada de decisão clínica de enfermagem é o mais usual e mais frequentemente utilizado nos vários estudos consultados.

As definições variam de autor para autor, no entanto, a maioria refere-se ao conceito tomada de decisão clínica de enfermagem como sendo: a capacidade dos enfermeiros em escolherem entre duas ou mais alternativas tendo por base o seu julgamento, ou a habilidade, a sua experiência, as preferências do cliente e o melhor conhecimento científico sobre a realidade, no sentido de gerirem a qualidade dos cuidados que prestam aos seus clientes.

De facto a sua relevância, quer para o desenvolvimento da profissão, quer para a garantia da qualidade dos cuidados prestados, é sem dúvida uma tónica dominante na maioria dos estudos apresentados.

Como referimos anteriormente, as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, quer em termos nacionais, quer descritas por organismos internacionais, incluem de forma clara a tomada de decisão em enfermagem. Porém alguns estudos consultados, referem que a realidade nacional é muito centrada em modelos bio/médicos, pouco reflectida, sendo a prática e a tomada de decisão muito enraizada em rotinas e decisões circunstanciais.

Na maioria dos estudos consultados, é consensual existirem um conjunto de factores intrínsecos/extrínsecos ou barreiras que influenciam de forma significativa os processos de tomada de decisão e que necessitam de maior estudo.

Muitos destes factores influenciam o processo de tomada de decisão e muitos deles constituem-se como barreiras na tomada de decisão individual. Por outro lado, como foi referido anteriormente a tomada de decisão é um dos componentes da enfermagem enquanto profissão. Os enfermeiros devem ser encorajados a tomar decisões, pelo que os docentes e as enfermeiras gestoras, têm a responsabilidade de promover oportunidades e apoiarem o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem.

Estudos recentes sobre estes factores concluíram que o facto dos enfermeiros utilizarem pouco a informação (produzida pela investigação) na sua tomada de decisão, constitui

frequentemente, uma barreira no processo de basear a prática dos cuidados de enfermagem na evidência científica.

Assim a investigação nesta área, tem possibilitado um crescente conhecimento dos múltiplos factores que a compõem. Este tema é complexo pois tem alicerces na relação com o cliente (intimidade), na experiência do enfermeiro e no acesso à informação de qualidade (quer da informação de apoio aos cuidados e à sua decisão, quer da informação do produto desses mesmos cuidados). É unânime o potencial reconhecido pelos vários autores no que respeita ao uso de uma forma “*sistémica e sistemática*” (OE 2003:6) deste instrumento da tomada da decisão clínica de enfermagem baseada na evidência, por parte dos enfermeiros.

2 - FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS

O desenvolvimento do estudo da tomada de decisão clínica de enfermagem, em nossa opinião, não pode ser dissociada das competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

Benner (1982,1987) aplicou o modelo de aquisição de competências, desenvolvido por “*Dreyfus&Dreyfus (1980;1981)*” (Benner, 1982:405) e estabeleceu níveis de desenvolvimento de aquisição de competência que vão desde o iniciado ao perito. Deste modo, identificou sete domínios a partir dos exemplos considerados como representativos de uma competência em particular, como sendo: “*A função de ajuda; A função de educação, de guia; A função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; A tomada de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; A tomada a cargo eficaz de situação de evolução rápida; A administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos; Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de Saúde; As competências em matéria de organização e de repartição das tarefas*” (Benner, 2001:72).

A partir desta data várias organizações estudaram as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, como a: “*American Association of Colleges of Nursing 1998; Australian Nursing Council Inc. 2000; East, Central and Southern Africa College of Nursing 2000; European Commission 1998; Eichelberger and Hewlett 1999; Hospital Authority of Hong Kong 1997; National Nursing Competency Project 1997; New México Consortium for Nursing Workforce Development 1998; Nurse Association of Botswana 1999; Nurse Board of Western Australia 1996, Nursing Council of New Zealand 2000; The National Board for Health and Welfare 1995; Trinidad and Tobago Nurses Association 2000*” (INC, 2003b:17).

Em Portugal o *Decreto-lei n.º 161/96* clarifica a prestação de cuidados de enfermagem como sendo “*a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-la e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais*” (Decreto-lei n.º 161/96:2959).

O mesmo decreto-lei define a enfermagem como sendo: “*a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou*

doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-lei n.º 161/96:2960).

O enfermeiro é entendido neste diploma como *“o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (Decreto-lei n.º 161/96:2960).*

Os cuidados de enfermagem são definidos como *“intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (Decreto-lei n.º 161/96:2960)*, tendo sido criada uma listagem de funções e competências, divididas entre intervenções autónomas e interdependentes.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996), diz respeito às primeiras funções e competências descritas, as quais passamos a descrever:

“a) Organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção;

b) Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade;

c) Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade;

d) Participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário;

e) Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;

f) Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos;

g) Procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos” (Decreto-lei n.º 161/96:2961).

Posteriormente em 2001 a Ordem dos Enfermeiros (OE) iniciou os trabalhos, “*tendo em vista a definição de processos de acreditação da formação pré e pós/graduada e de certificação individual de competências*” (OE, 2003:3). As competências que integram o “*«ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse»*”(OE, 2003:9), bem como a sua organização por domínios tornou-se na base para a construção da primeira ronda do estudo por parte da OE, tendo em vista a definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Neste processo, utilizou-se a “*Técnica de Delphi*” conforme proposta do ICN (2003b:44), por se tratar de um “*método de investigação que tem por finalidade encontrar um determinado nível de consenso acerca de um tópico particular*” (OE, 2003:14).

Depois desta fase o Conselho de Enfermagem (CE) da OE aprovou uma definição de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, como sendo “*um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (OE, 2003:16).

Para o ICN (2003b:45; citando ICN 1986) é considerado enfermeiro de cuidados gerais o profissional de enfermagem que “*apresenta a capacidade e a autoridade completa para a prática de enfermagem a nível dos cuidados de saúde primários, secundários e terciários*”.

Assim, as competências do enfermeiro de cuidados gerais aprovadas pelo CE foram agrupadas em “*Prática profissional, ética e legal; Prestação e gestão de cuidados e Desenvolvimento profissional*” (OE, 2003:12), tal como eram definidas pelo ICN (2003a:15).

Deste modo, para o CE da OE (2003) a Prática Profissional, ética e legal engloba três outras competências: Responsabilidade, Prática segundo a Ética e Prática Legal.

Na assunção da Responsabilidade, o enfermeiro de cuidados gerais: “*Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora; Reconhece os limites do seu papel e da sua competência; Consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício;*

Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício” (OE, 2003:17).

Na Prática segundo a ética, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Exerce de acordo com o código deontológico; Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão ética; Actua na defesa dos direitos humanos tal como descrito no código deontológico; Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação; Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional; Respeita o direito do cliente à privacidade; Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde; Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas; Reconhece as suas crenças e valores e a forma como estas podem influenciar a prestação de cuidados; Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos; Presta cuidados culturalmente sensíveis” (OE, 2003:17,18).*

Na Prática Legal, o enfermeiro de cuidados gerais exerce a: *“Pratica de acordo com a legislação aplicável; Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o código deontológico dos enfermeiros; Reconhece e actua nas situações de infracção/violação da lei e/ou do código deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem” (OE, 2003:18).*

Na Prestação e Gestão de Cuidados o CE (OE, 2003), englobou outras competências, como a: Prestação de Cuidados e Gestão de cuidados. Tendo ainda dividido a Prestação de Cuidados em: Promoção da saúde, Colheita de dados, Planeamento, Execução, Avaliação, Comunicação e relações interpessoais; e Gestão de Cuidados em: Ambiente Seguro, Cuidados de Saúde inter profissionais, Delegação e Supervisão.

De modo geral na prestação e gestão de cuidados, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de enfermagem; Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências; Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde; Aplica o pensamento crítico e as técnicas de*

resolução de problemas; Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados; Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados; Organiza o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo; Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde; Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte; Apresenta a informação de forma clara e sucinta; Interpreta de forma adequada os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura; Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe” (OE, 2003:18,19).

Na Prestação de cuidados, o enfermeiro de cuidados gerais engloba a promoção da saúde onde: *“Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais; Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades; Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde; Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação; Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde; Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis; Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação; Demonstra compreender as práticas tradicionais nos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades; Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente; Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem; Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interacções com os indivíduos, famílias e comunidades; Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde” (OE, 2003:19,20).*

Na Colheita de dados, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem; Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão” (OE, 2003:20).*

No Planeamento, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Formula um plano de cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e/ou cuidadores; Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais; Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados; Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e/ou cuidadores; Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores; Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível em colaboração com os clientes e/ou cuidadores; Documenta o plano de cuidados”* (OE, 2003:20).

Na Execução, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados; Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente; Documenta a implementação das intervenções; Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente; Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe”* (OE, 2003: 21).

Na Avaliação, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Avalia e documenta a evolução no sentido dos resultados esperados; Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos face aos resultados esperados; Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados;”* (OE, 2003:21).

Na comunicação e relações interpessoais o enfermeiros de cuidados gerais: *“Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais; Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência; Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores, é apresentada de forma apropriada e clara; Responde apropriadamente às questões, solicitações e problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência; Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder; Utiliza a tecnologia de informação disponível de forma eficaz e apropriada; Demonstra*

atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais no campo das tecnologias da saúde” (OE, 2003:21,22).

Como referimos anteriormente o CE (OE, 2003:13), englobou na Gestão de cuidados o Ambiente seguro, Cuidados de saúde inter profissionais, Delegação e supervisão.

Assim no Ambiente seguro, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco; Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais; Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas; Implementa procedimentos de controlo de infeção; Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança” (OE, 2003:22).*

Nos Cuidados de saúde inter profissionais, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissional eficazes; Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa; Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração; Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social; Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente; Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde; Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa inter profissional” (OE, 2003:22,23).*

Na Delegação e supervisão, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática; Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro; Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros” (OE, 2003, 23).*

O CE (OE, 2003:13), englobou no desenvolvimento profissional a Valorização profissional, Melhoria da qualidade e a Formação contínua.

Assim na Valorização profissional, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem; Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas; Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem; Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados; Actua como um modelo efectivo; Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde”* (OE, 2003:23).

Na Melhoria da qualidade, o enfermeiro de cuidados gerais: *“utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem; Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade”* (OE, 2003:23).

Na Formação contínua, o enfermeiro de cuidados gerais: *“Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas; Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências; Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua; Contribui para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas; Actua como um mentor/tutor eficaz; Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde”* (OE, 2003:23,24)

O estudo das competências é de vital importância pois como refere o ICN (2003b:18), entre outras pode constituir-se como factor de *“desenvolvimento da profissão e das organizações educativas e de saúde, tornando-se um elemento impulsionador da melhoria contínua da qualidade e afigura-se como factor promotor da autonomia profissional”*.

A autonomia profissional e a tomada de decisão estão intimamente ligadas entre si o que torna ainda mais relevante o estudo das competências nesta matéria.

Esta matéria das competências é de tal forma importante no desenvolvimento das práticas fundamentadas, que tem sido utilizada como argumento pelos diversos relatórios e pareceres (D’Espiney et al, 2004; Santos et al, 2004; OE, 2004; OE, 2006b), sobre a declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem.

2.1- COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA E RELAÇÃO INTERPESSOAL

Quer sejam os domínios das competências definidas por Benner (2001), as funções descritas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996), as competências descritas pela OE (2003) e pelo ICN (2003a, 2003b), a vertente da comunicação com os clientes é uma das competências centrais em todo o processo de prestação de cuidados de enfermagem.

O CE da OE (2003) adoptou em Portugal nesta matéria a competência descritas pelo ICN (2003b:26) “*Comunicação terapêutica e relação interpessoal*”, no entanto o CE da OE (2003), quando a transpôs para português apenas a designou como “*Comunicação e relação interpessoais*” (OE, 2003:21).

Parece-nos importante estudar no presente trabalho, um modelo de comunicação terapêutica que nos ajude a perceber esta questão central, no processo de prestação de cuidados de enfermagem.

Assim decidimos escolher o modelo Comunicacional da Gestão Coordenada de Significações – no original *Coordinated Management of Meaning* (CMM) desenvolvido por Pearce (1994), com raízes na perspectiva qualitativa/sistémica e no construcionismo das práticas sociais. Para Pearce (1994) os definidores operacionais são muito importantes, pois são eles que permitem que nos orientemos através das relações e dos acontecimentos que ocorrem no mundo social. Incluem a noção de identidade do próprio (da 1ª pessoa) e a identidade dos outros interlocutores, bem como, o significado das interacções.

Uma das vantagens deste método consiste em oferecer a possibilidade de regresso de informação em direcção ao centro de decisão do self, composto do Eu, a parte que age (Pearce, 1994; Pearce&Littlejohn, 1997; Pearce, 1989; Pearce, 1999)

A reflexão das práticas clínicas insere-se numa lógica de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Assim a proposta feita pelos autores, vai no sentido de se utilizar o CMM, na descodificação de episódios comunicacionais humanos, constituindo-se em si mesmo um espaço de reflexividade das práticas, por um lado, e de mediação do próprio trabalho (auto-formação), por outro, tornando-se um

instrumento precioso no campo das práticas de enfermagem baseadas na Relação de Ajuda (Neto, 2003).

Este modelo de compreensão da comunicação humana, distingue-se em 5 níveis, correspondendo a métodos que se reportam a outros tantos níveis de abstracção, como podemos observar no Quadro 2.

NÍVEL DE ABSTRACÇÃO	DESCRIÇÃO CATEGORIAL	METODOLOGIA DE ANÁLISE	NARRATIVA
0	Nível dos fenómenos “comunicacionais em si”, vulgo “rio” da vida	O que se sente, o que me dou conta. Auto/relatos fenomenológicos. Episódios comunicacionais tais como são reconstruídos pelos participantes que os viveram na 1ª pessoa.	Relato descritivo na 1ª pessoa
1	Descritivo/categórico (Considerar 5 categorias de análise: acto de fala, episódio, relação, self/identidade, cultura)	Modelo daisy (atómico) e serpentina	Seleção de pelo menos 3 categorias relevantes; Descrição das categorias em termos de conteúdo; Definição da categoria + abrangente/contexto da comunicação
2	Descritivo/inferencial ou de análise da relação entre os níveis descritivos da comunicação	Observação inferencial de círculos viciosos ou charmosos	Considerar fluxo analítico formal
3	Análise contextual e temporal	Considerar as “forças lógicas da comunicação” contextual, implicativa, antecedente e consequente	Considerar fluxo analítico formal e a sua articulação com as categorias de comunicação relevantes
4	Interpretativo	“Operadores deonticos”, categorias que prefiguram a ordem moral da comunicação	Distinguir operadores deliberados/conscientes (legítimo, obrigatório, proibido, indefinido), dos não conscientes/não voluntários (provável, causado externamente, bloqueio, aleatório)

Quadro 2 – Os cinco níveis metodológicos de análise da comunicação humana propostos pelo CMM (Neto, 2003:24).

O nível metodológico 0 corresponde ao relato descritivo comunicacional na 1ª pessoa, considerado como pré/analítico, visto não exigir qualquer grau de abstracção. Pressupõe a exposição e selecção do episódio, *acto de fala* que constitui a mais pequena unidade de análise em comunicação.

O nível metodológico 1 corresponde à análise descritiva - categórica, no qual o CMM define quatro categorias de análise interrelacionadas no âmbito da comunicação interpessoal: o self, a cultura, o episódio e a relação (Neto, 2003:25).

O *self* tem a ver com os traços individuais, com a personalidade de cada um.

A *cultura* refere-se ao contexto em que estamos inseridos e ao cruzamento deste com o mundo social em que vivemos. No episódio em questão, deve considerar-se não só a cultura do cliente, conviventes e do enfermeiro, bem como a cultura organizacional dos serviços.

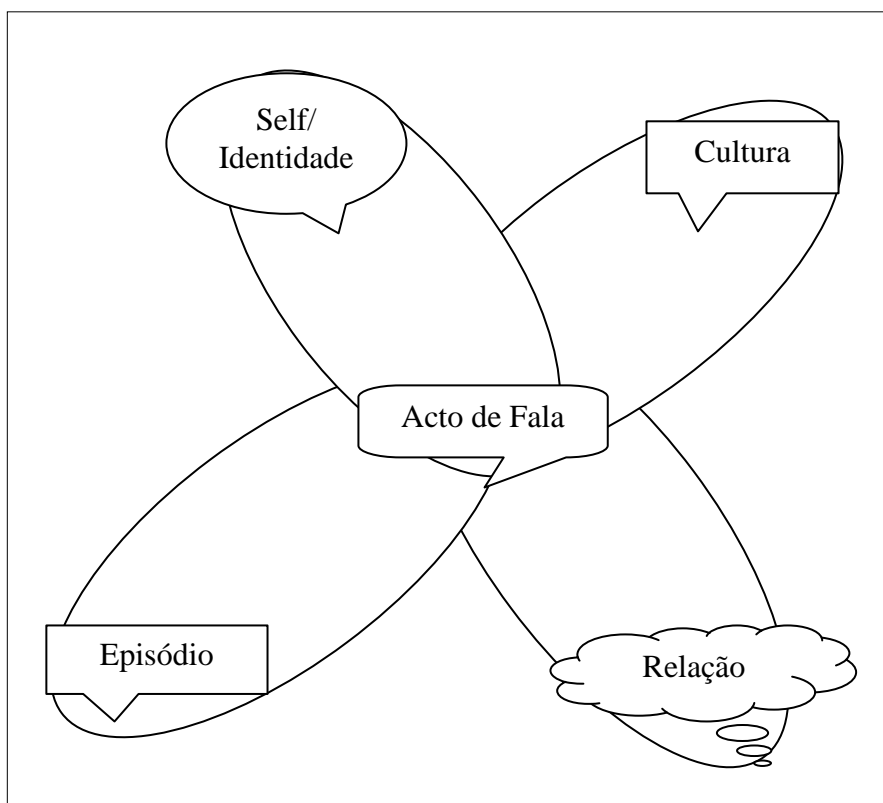
O *episódio* é o resultado da comunicação que ocorreu entre os interlocutores.

A *relação* refere-se à relação interpessoal criada durante o acto de fala, com todos os factores que interferem em qualquer relação como crenças, padrões culturais, modos de vida.

Para a análise dos episódios Pearce (1994:45) sugere o “*Modelo Daisy ou Atómico*”, no qual são representados os processos da comunicação interpessoal do ponto de vista da 3ª pessoa, permitindo a integração e compreensão dos diferentes níveis de relevância das cinco categorias de análise. Estes níveis são representados graficamente pela intercepção de duas elipses, tendo o centro a Categoria Acto de Fala distribuindo-se as restantes, por cada extremidade. Consideramos que a Relação, a Cultura, o Episódio e a Identidade (Quadro 3) como as mais relevantes no contexto deste episódio comunicacional. Sendo a Cultura, a mais abrangente contextualizando o sentido das outras.

Quadro 3 - Representação Gráfica do Modelo Daisy ou Atômico

(Fonte: Adaptado de Pearce 1999:55)



O nível metodológico 3 corresponde à análise da relação entre os níveis descritivos da comunicação, análise contextual e temporal (forças lógicas da comunicação)

Uma das questões fundamentais com que a comunicação interpessoal se depara é: “O que é que eu devo fazer?”

Na competência comunicacional intervêm as características individuais, como a sensibilidade, a variedade dos actos de fala. É um processo de escuta activa que requer a habilidade de ouvir não só o que é dito, como o que não é dito e reparar no que não é feito. *“Ter consciência destes recursos aumenta a nossa competência no diálogo”* (Neto, 2003:25).

Um acto comunicacional, deve ser considerado em função das suas antecipadas consequências e finalidades, na lógica do pensamento e da acção dos vários intervenientes, sendo assim axiomatizada a existência de uma força prática (Neto, 2003:26).

As forças lógicas podem descrever-se com base em quatro conceitos (Pearce, 1989:63):

- *“Força prefigurativa (sentido de obrigação que deriva do que acontece antes do acto comunicacional);*
- *Força prática (sentido de obrigação que deriva das consequências do acto comunicacional);*
- *Força contextual (sentido de obrigação que deriva das definições de próprio, de outro, de relação e de episódio, que a pessoa que age transporta para o acto);*
- *Força implicativa (sentido de obrigação que deriva da percepção antecipada dos efeitos do acto, nas definições de próprio, de outro, de relação e episódio) ”.*

O modelo insere-se numa lógica de reflexão sobre um episódio, que vai para além do discurso normal (Pearce&Littlejohn, 1997), onde os intervenientes são convidados a “ver” acima dos seus padrões do conhecimento, no sentido de compreenderem algumas das novas implicações de promover a auto-reflexão e de se identificarem novas necessidades de aprendizagem como forma de auto-avaliação de práticas individuais.

A competência na *“comunicação interpessoal é diferente em situações estáveis e claras e em situações ambíguas e instáveis”* (Pearce, 1994:55).

Deste modo, a comunicação humana não se processa num plano integralmente consciente, reforçando a importância do CMM na gestão da consciência da posição, ocupada pelos vários intervenientes na comunicação e para o conseqüente reconhecimento do potencial da mudança. Desta análise poderá emergir uma *“consciência do mundo comunicacional que implicará uma nova maneira de ver e de ver-se, logo uma posição e atitude pragmática na vida comunicacional real”* (Neto, 2003:31).

Quando comunicamos não falamos apenas sobre o mundo, intervimos e estamos a tomar parte na criação de um universo social.

O nível metodológico 4 efectua a interpretação através *“...dos operadores deonticos, categorias que prefiguram a ordem moral da comunicação”*, onde é suposto dizer ou fazer aquilo porque é suposto naquelas circunstâncias. Neste conjunto, importa *“...distinguir operadores deliberados/conscientes (legítimo; obrigatório; proibido;*

indefinido), dos não conscientes/não voluntários (provável; causado externamente; bloqueio; aleatório)” (Pearce, 1994:55).

O CMM é um “*modelo de investigação e compreensão da comunicação humana*” (Neto, 2003:29) que pode vir a ser um contributo para o construcionismo das práticas clínicas de enfermagem, baseadas na evidência das relações humanas e na lógica do pensamento e das forças implicativas que estas têm nas práticas individuais e de equipa. Por outro lado, este modelo integra a análise deontica (Pearce, 1994) da comunicação, com a explicitação de um conjunto de direitos, deveres e responsabilidades auto e hetero/atribuídas e implícitas em qualquer acto comunicacional.

Se por um lado o modelo nos parece demasiado teórico, introduzindo instrumentos como a Carta dos Direitos do doente internado (DGS, 2005) e o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2001) nesta nossa reflexão, sobressai um fundamento prático. De facto, quer um instrumento quer outro dão directrizes (teoricamente, no discurso escrito), de como “*orientar a prática de enfermagem tendo por base deveres e responsabilidade da salvaguarda e da garantia dos direitos dos utentes, no respeito pela dignidade humana, no respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas*” (Nunes, 2001:31).

Este modelo contribui para uma evolução no âmbito comunicacional e situa-nos numa perspectiva que privilegia a relação pensamento/acção, procurando-se assim o sentido dos actos e dos seus produtos no contexto em que essa prática é exercida (Honoré, 1992, 2004).

A nossa competência no diálogo e na relação está em perceber aquilo que sem ser dito é expresso, ou está implícito na forma como nos posicionamos nas situações, estando desta forma em ebulição os valores e os sentimentos registados nas mesmas.

Estamos perante um modelo que nos faculta a oportunidade de analisar o que fazemos e porque fazemos.

Pensamos, que o CMM constitui-se em si mesmo um instrumento valioso como forma de evolução e consciencialização de competências, através da autoformação, heteroformação e da força implicativa que estes episódios têm nas situações de cuidados. A ideia de fundo neste nova abordagem é que uma “*nova consciência implica uma nova maneira de ver (e de ver-se) e, logo, uma nova posição atitude pragmática na vida*”

comunicacional real” (Neto, 2003:31), como sendo as pequenas coisas (Hesbeen, 2000), que nos ajudam a evoluir.

Por outro lado Carvalho&Bachion (2005:139), referem que o processo comunicacional está inserido directamente nas cinco etapas operacionais para o processo de enfermagem “*Colheita de dados; diagnósticos de enfermagem; planeamento de enfermagem; implementação da assistência de enfermagem; avaliação*” (Carvalho&Bachion, 2005:140). Atribuindo assim, maior importância ao desenvolvimento da competência da comunicação terapêutica e relação interpessoal como melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população. Nesta linha Carvalho&Bachion (2005:154), sublinham ainda que “*ter compreensão da complexidade comunicacional que envolve o processo de enfermagem favorece a sua valorização e a busca de habilidades para cumprir melhor os objectivos de sua aplicação, seja em que contexto for*”. Pois para as mesmas autoras (2005:153) o processo de enfermagem pode ser entendido como “*um processo de comunicação que ocorre no contexto interpessoal, grupal, organizacional e de massa*”. Ao analisarmos o processo de enfermagem que se baseia nas competências descritas para os enfermeiros de cuidados gerais verificamos que o mesmo “*mostra alto índice de comunicação intrapessoal como processo reflexivo de escolha e decisões*” Carvalho&Bachion (2005:154).

De facto este aspecto da comunicação em enfermagem toma especial relevo no contexto da prestação de cuidados, assente nas várias etapas do processo de enfermagem, pela utilização do conhecimento científico configura-se como um projecto de desenvolvimento individual e de grupo, ao nível das equipas de enfermagem.

3 - OPÇÕES METODOLÓGICAS

3.1- ESCOLHA DO PARADIGMA E MÉTODO DE ESTUDO

No estudo que realizámos, foi utilizado o método fenomenológico que se enquadra no paradigma qualitativo. Em termos gerais, podemos afirmar que um paradigma consiste num *“conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionadas e que orientam o pensamento e a investigação”*, sendo que o paradigma qualitativo *“postula uma concepção global fenomenológica, indutiva estruturalista e subjectiva”* (Carmo&Ferreira, 1998:177).

Para Strauss&Corbin (1998:11) o paradigma qualitativo, tem como objectivo *“realizar investigação acerca da vida das pessoas, experiências de vida, comportamentos, emoções e sentimentos, bem como, funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenómenos culturais”*.

Bogdan&Biklen (1994:70) entendem que a escolha deste paradigma, visa compreender melhor *“o comportamento e experiências humanas (...) e é o processo mediante o qual as pessoas constroem significados”*, defendendo ainda que este paradigma, procura descrever no que consistem estes mesmos significados e recorre à observação empírica, por considerarem que é em função de instâncias concretas do comportamento humano, que se pode reflectir com maior clareza e profundidade sobre a condição humana.

Por sua vez, Carpenter&Streubert (2002) afirmam que na investigação existem várias realidades e a criação de significado pelas pessoas estudadas é uma crença fundamental dos investigadores qualitativos. Em vez de procurarem uma realidade – uma verdade – os investigadores comprometidos com a investigação qualitativa acreditam que os indivíduos participam activamente nas acções sociais, através das quais conhecem e compreendem o fenómeno, de diversos modos.

Desta forma, este tipo de paradigma é *“fundamentado na realidade, orientado para a descoberta, exploratória, expansionista, descritiva e indutiva”* (Carmo&Ferreira, 1998:177).

Para Bogdan&Biklen (1994:53), citando Gubrium (1988) e Meltzer et al (1975), a maioria dos investigadores *“qualitativos identifica-se, de uma ou de outra forma, com a perspectiva fenomenológica”*.

O propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno na procura da unidade de significado, o qual é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana (Carpenter&Streubert 2002:58, citando Rose&Parker; 1995; Patton, 1990).

Latimer (2005) e Carpenter&Streubert (2002), corroboram a ideia de Carmo&Ferreira (1998:177), citando Reichardt&Cook 1986:29 que consideram esta abordagem “*rigorosa, crítica e sistemática*”.

Os fenomenologistas não presumem que conhecem o que as diferentes coisas significam para as pessoas que vão estudar, na medida em que fenomenologismo e *vervtehen* (compreensão), significa interesse em compreender a conduta humana a partir dos próprios pontos de vista e da experiência daquele que actua (Carmo&Ferreira, 1998:177; citando Reichardt&Cook, 1986:29; Latimer, 2005:206; Patton, 1990:71; Munhall&Oiler, 1986:70,81), como sendo a compreensão interpretativa das interacções humanas (Bogdan&Biklen, 1994:53).

A meta da fenomenologia “*é descrever as experiências vividas*” (Carpenter&Streubert, 2002:51). Assim, a reflexão fenomenológica é o “*estudo apurado do concreto, tendo como objectivo a compreensão do universal sobre a condição humana (...) e dá ênfase ao concreto, no corporal e no material*” (Latimer, 2005:207; citando Haltman, 1990),o que torna a perspectiva fenomenológica adequada neste estudo, pois pretendemos estudar a experiência vivida, o seu significado do ponto de vista dos participantes, relativamente às suas tomadas de decisão.

Tendo em linha de conta o referido pelos diversos autores, parece-nos adequado a escolha do paradigma qualitativo com uma abordagem fenomenológica, na persecução dos objectivos deste estudo que são *compreender que decisões são tomadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados, como as fundamentam e que competências utilizam nas suas tomadas de decisão*.

3.2- RECOLHA DA INFORMAÇÃO

A escolha das técnicas de recolha de informação dependem das questões e dos objectivos que se pretendem atingir, encontrando-se por sua vez ligadas ao método de trabalho.

As técnicas de tratamento de dados são “*procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis e susceptíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptados aos tipo de problema e aos fenómenos em causa*” (Carmo&Ferreira, 1998:175).

No desenvolvimento deste estudo decidimos utilizar a entrevista, na medida em que representa toda a “*actividade de investigação no decurso do qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta a fim de [perceber] as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta população*” (Fortin, 1999:168).

Segundo Ghiglione&Matalon (1993:14), recorre-se ao inquérito cada vez que temos necessidade de informação sobre um grande “*variedade de comportamentos de um mesmo indivíduo*”. Para Fortin (1999:245), a entrevista é considerada como um “*modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas*”.

Segundo Bogdan&Biken, (1994:136), as “*boas entrevistas caracterizam-se pelo facto de os sujeitos estarem à vontade de falarem livremente sobre os seus pontos de vista e produzem uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspectivas dos respondentes*”. Deste modo, consideramos neste estudo a “*entrevista como uma estratégia dominante para a recolha de dados*” (Bogdan&Biken, 1994:134), pois pretendemos retirar informações e elementos de reflexão (Quivy&Campenhoudt, 2003; Bogdan&Biken, 1994).

Utilizamos a entrevista semi-estruturada, pois pretendemos com a “*condução da entrevista, uma orientação semi-directiva, sem prejuízo de uma prévia estruturação da entrevista*” (Estrela, 1990:354).

Com este tipo de entrevistas “*fica-se com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos*” Bogdan&Biken (1994:135). A preocupação do investigador é sempre a recolha de dados em maior quantidade e profundidade.

Ghiglione&Matalon (1993), Quivy&Campenhoudt (2003), Estrela (1990) e Bogdan&Biken (1994) realçam a entrevista semi-estruturada, considerando que esta possibilita ao entrevistado falar abertamente, usando as palavras e a ordem que entender. Por outro lado, o entrevistador conhece todos os temas sobre os quais tem de obter “*reações por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada um orientação para o início da entrevista*” Ghiglione&Matalon (1993:70). No caso concreto deste estudo, iniciámos sempre as entrevistas fazendo alusão ao tema e ao conteúdo da carta de motivação (entregue antecipadamente à data da entrevista). A ordem com que as questões eram apresentadas dependia da relação dos acontecimentos e das respostas do entrevistado.

Devido à falta de experiência do entrevistador, realizámos cinco entrevistas semi-estruturadas e gravadas, como forma de treino. Após termos ouvido estas entrevistas reformulamos o guião de entrevista, introduzindo algumas alterações na formulação das questões e decidimos em conjunto com os orientadores introduzir a questão número três (Anexo I).

Como forma de aumentar a fidelidade na transcrição do discurso dos participantes, usámos a “*gravação e a transcrição do verbatim*” (Carpenter&Streubert, 2002:68) e realizamos notas escritas, como forma de obter uma descrição mais compreensiva do decurso das entrevistas (Quivy&Campenhoudt, 2003; Bogdan&Biken, 1994).

A transcrição do registo áudio para o registo em suporte de papel é um procedimento moroso, mas permite o retorno ao ambiente real e uma maior validade, que segundo Ghiglione&Matalon (1993:198) poderia ser definida “*como a adequação entre os objectivos e os fins sem distorção dos factos*”.

Foram realizadas vinte e cinco **entrevistas** e pareceu-nos, após análise em conjunto com os orientadores, ter alcançado a saturação do campo a partir da vigésima entrevista, tendo apenas considerado para este estudo as primeiras vinte. Esta, refere-se à “*repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente colhidos*” (Carpenter&Streubert, 2002:26, citando Morse, 1994), restrito ao número de participante e num período temporal preciso. Como refere Ghiglione&Matalon (1993:60) “*é raro vermos surgir novas informações após a vigésima ou vigésima primeira entrevista*”, o que vem sustentar a nossa decisão.

As **notas de campo** foram utilizadas como um instrumento “*fundamental para o trabalho de observação*” (Patton, 1990:239). Estas contêm a descrição do que observámos no momento da realização das entrevistas e num segundo momento, o que observámos na prática quotidiana dos participantes que aceitaram serem observados, em relação à matéria em análise. As notas de campo são consideradas como “*fundamentais em estudos de investigação qualitativos*” (Patton, 1990:242, citando Yin, 1989). O mesmo autor (1990:242) considera que “*as notas de campo incluem os pensamentos do observador, a sua interpretação, e o início da análise*”. Assim, utilizamos as notas de campo no sentido de clarificar a nossa interpretação do discurso dos participantes, do ponto de vista das suas experiências vividas.

3.3 - TRATAMENTO DOS DADOS

De acordo com Lessard-Hébert et al (2005:117), o “*tratamento de dados está relativamente formalizado, quer se trate de dados qualitativos, quer de quantitativos*”. Trata-se sempre de condensar ou resumir em seguida, estruturar ou decompor em factores e por último, apresentar as relações ou estruturas daí resultantes.

Assim, para o tratamento das entrevistas realizadas foi utilizada a análise de conteúdo (Bardin, 1977), pois consideramos ser a técnica de tratamento de informação que melhor se adequa aos objectivos definidos e à técnica de recolha de informação.

Estrela (1990:467) define análise de conteúdo como “*uma técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.*”

Ghiglione&Matalon (1993:197) referem várias definições de autores consagrados, como: “*A análise de conteúdo é uma técnica de investigação para a descrição objectiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto da comunicação*” (Berelson, 1952); “*Propomos a utilização indiferenciada dos termos análise de conteúdo e codificação, para nos referirmos à descrição objectiva, sistemática e quantitativa de toda a conduta simbólica*” (Cartwright, 1953); “*Por análise de conteúdo referem-se todos os procedimentos utilizados para especificar referentes, atitudes ou temas contidos numa mensagem ou num documento, determinando a sua frequência relativa*” (Stone, 1964).

Ainda na mesma linha de pensamento Vala (1986:104), refere que a análise de conteúdo permite “*efectuar inferências com base numa lógica explicitada sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas*”. Bardin (1977:42) definiu análise de conteúdo como um conjunto de “*técnicas de análise das comunicações visando obter procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdo de mensagens, indicadores (qualitativos ou não), que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*”. A mesma autora (1977:42), defende que este conjunto de “*técnicas parciais mas complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação*”.

Tanto Vala (1986) como Bardin (1977) consideram a existência de algumas condições para a realização de uma análise de conteúdo: a dissociação dos dados em relação à sua fonte e as condições onde foram obtidos; a construção de um novo contexto à luz das finalidades da pesquisa e a criação de condições de inferência através da elaboração de um modelo.

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, onde se procede à “*desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização - atribuição de traços de significação resultantes de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise*” (Vala, 1986:104).

Deste modo analisamos a oralidade e a interacção como algo que contém “*muito mais que meras palavras que são ditas, explica-se como as palavras utilizadas, e os significados que lhes são atribuídos, tornam possíveis determinados pensamentos e acções*” (Latimer, 2005:167; citando Foucault, 1970, Fairclough, 1992).

Com o objectivo de analisarmos o conteúdo do discurso havido ao longo das entrevistas e obtermos uma descrição analítica que funcione segundo procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, tivemos em conta a sua organização em torno de três pólos cronológicos: “*a pré/análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*” Bardin (1977:95).

A fase da **pré/análise** assenta em actividades pouco estruturadas com a selecção dos documentos a serem analisados, a elaboração dos indicadores e a formulação das hipóteses, apesar destas nem sempre serem estabelecidas, como acontece no caso deste estudo.

É difícil se não impossível, “*pensar profundamente acerca dos dados sem que estes tenham sido classificados*” (Bogdan&Bilklen, 1994:232)

A primeira actividade realizada foi a leitura flutuante do material em análise, a constituição de ideias, o conhecer o texto, para que pouco a pouco a leitura se fosse tornando mais precisa (Bardin, 1977).

Esta fase permitiu familiarizarmo-nos com o material, apreender as regularidades e as singularidades do discurso, os aspectos mais significantes, ou seja, estabelecer contacto com os documentos em análise (Bardin, 1977).

Para Bogdan&Bilklen (1994:233) um dos passos desta fase envolve uma tarefa relativamente simples: rever todas as páginas e numerá-las sequencialmente, no fundo, reunir e preparar o material de forma formal.

Nesta fase, transcrevemos e codificamos as entrevistas em A, B, C..., conservando as entrevistas em papel e em registo magnético.

Após várias leituras flutuantes das vinte entrevistas, passámos à construção do *corpus* de análise, que como refere Vala (1986:109) é todo “*o material (...) produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe realizar (...)*”.

O nosso *corpus* de análise decorreu da transcrição das entrevistas, retirando-se do total das mesmas o que não dizia respeito ao objecto de estudo.

A segunda fase do trabalho de análise, consistiu na **exploração do material**, ou seja, no tratamento do *corpus* por operações de codificação que obedecem “*a determinadas regras precisas dos dados brutos do texto, a agregação e a enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo ou a sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto e que podem servir índices*” (Bardin, 1977:104).

Na organização da codificação, tornou-se fundamental efectuar o recorte (escolhas das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação e agregação (escolha das categorias) (Bardin, 1977:104).

Neste processo a unidade pode ser de registo ou de contexto, correspondendo as primeiras ao “*segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial*” (Bardin, 1977:104).

O autor supracitado (1977:107) define a unidade de contexto como uma “*unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores à unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo*”. As unidades de contexto dão ideia da principal informação fornecida pelas unidades de registo, agrupando-as. Assim definimos como unidade de contexto cada uma das entrevistas, uma vez que ao assumirem um carácter semi/directivo, e ao solicitarmos o relato de situações reais, as afirmações só ganham sentido se tivermos em consideração a globalidade da entrevista.

Neste estudo, decidimos optar pela nomenclatura de Bardin (1977) e Vala (1986) Ghiglione&Matalon (1993:211), que definem unidade de registo como a ***unidade de significação*** “*a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial*” (Bardin, 1977:104) e como “*o segmento determinado do conteúdo que se caracteriza, colocando-o numa determinada categoria*” (Vala, 1986:144).

Deste modo, codificamos o material em “Entrevista A – Unidades de Significação; Entrevista B – Unidades de Significação, ...” e cada unidade de significação ou de registo foi codificada em “EA1, EA2, EA3, ...; EB1, EB2, EB3, ...”.

Uma das etapas fundamentais da análise de conteúdo é o processo de categorização que, como afirma Bardin, (1977:117), trata-se de uma “*operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente, por (re) agrupamento, segundo critérios previamente definidos*”.

Ainda de acordo com a mesma autora (1977:104), a codificação corresponde a “*um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados*”.

em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo”.

A regra de enumeração é a unidade em função da qual procedemos ao “*modo de contagem*” (Bardin, 1977:108). Neste estudo, utilizamos a medida frequencial simples (Bardin, 1977; Ghiglione&Matalon, 1993) que assenta no pressuposto de que “*a aparição de um item de sentido ou de expressão, será tanto mais significativa – em relação ao que procura atingir na descrição ou na interpretação da realidade visada – quanto mais esta frequência se repetir*” (Bardin, 1977:109). Na mesma linha de ideia Ghiglione&Matalon (1993:233) definem contagem frequencial como “*uma espécie de inventário das diversas opiniões, ou de argumentos utilizados (citando, Pinto e Grawitz)*”. Para os mesmos autores (1993:233), *uma espécie de inventário*, significa “*que a nova informação produzida pela análise de conteúdo de um dado texto reside na constatação da frequência ou na sua comparação com outras frequências*”, facto observado neste estudo.

Este processo conduziu-nos à análise temática, isto é, a cada unidade de registo foi atribuído um significado, indo ao encontro do que defende Bardin (1977:105) ao afirmar que “*na verdade, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura*”.

Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido existentes no texto e cuja presença e frequência podem ter significado para o estudo em questão.

Vala (1986) refere, que a construção das categorias pode ser feita à priori ou à posteriori ou ainda pela combinação destes dois procedimentos. No nosso estudo, optámos por uma análise em que o quadro de leitura só foi construído à posteriori.

Para tal, fizemos uma primeira leitura de todo o material, onde sobressaíram a unidades ou categorias referenciadas por temas, construindo a partir daqui a grelha de análise das entrevistas (Anexo III).

As restantes leituras ajudaram-nos a decompor o texto e a situar as frases nos respectivos quadros em função das categorias temáticas determinadas. As categorias foram organizadas em colunas de informação e os conteúdos foram posteriormente e

sucessivamente organizados em categorias e subcategorias de acordo com as suas semelhanças e significados.

A validação da categorização e do seu significado foi realizada segundo o método de juízes, tendo sido constituídos como juízes os orientadores deste trabalho.

Não foram calculados índices de concordância, limitando-nos a dialogar e repensar no significado atribuído a algumas unidades de significação no processo de categorização, onde *“foram desenvolvidas novas categorias e abandonadas as anteriores”* Bogdan&Bilklen (1994:234), num processo sistemático de leitura e (re) agrupamento das unidades de significação encontradas.

Depois de todas as unidades terem significado atribuído e terem sido agrupadas em temas, emergiu a codificação em categorias e, devido à riqueza do texto, procedemos à sua divisão em subcategorias, com as respectivas frequências das unidades de significação.

O **tratamento dos resultados** obtidos e a **sua interpretação** foi a terceira fase deste processo de análise de conteúdo. Todo o anterior processo foi desenvolvido no sentido de se transformar os dados brutos *“de maneira a serem significativos (falantes) e válidos”* (Bardin, 1977:101).

Na análise e interpretação dos dados obtidos neste estudo utilizamos operações *“estatísticas simples (percentagens)”*, que nos permitiram estabelecer quadros de resultados, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas na análise (Bardin, 1977:101).

3.4 - CRITÉRIOS DE CIENTIFICIDADE

De acordo com Kirk&Miller (1986), citados por Lessard-Hérbert et al (2005), os critérios científicos utilizados nas metodologias qualitativas recebem normalmente a mesma denominação que na investigação quantitativa, com critérios de objectividade, fidelidade e validade.

A formulação dos critérios corresponde à explicitação de um conjunto de regras nomeadamente a *“clarificação dos critérios utilizados, a operacionalidade desses*

critérios no processo de investigação através de procedimentos específicos (consistindo isto numa forma privilegiada de clarificação), a explicitação da operacionalização dos critérios nos relatórios da investigação, isto é, a documentação sistemática dos procedimentos utilizados pelo investigador” (Lessard-Hérbert et al, 2005:64). Estes autores (2005:65) afirmam ainda que a formulação dos critérios consiste fundamentalmente em explicitar pormenorizadamente os procedimentos e processos “mentais que os investigadores da área qualitativa utilizam actualmente nos seus trabalhos” (Lessard-Hérbert et al, 2005:65).

Neste sentido, ao longo deste relatório pretendemos tornar claro os nossos objectos, através da descrição clara dos processos de raciocínio e de acção, conduzidos perante a percepção da abordagem utilizada, com base em critérios de objectividade, de validade e de fidelidade.

A objectividade para Kirk&Miller (1986), citados por Lessard-Hérbert et al (2005:65), consiste na *“construção de um objectivo científico que passa pelo confronto dos conhecimentos ou das ideias com o mundo empírico e pelo consenso social de um grupo de investigadores sobre essa mesma construção”*. Ainda na opinião dos mesmos autores (1986), novamente citados por Lessard-Hérbert et al (2005:66), *“a objectividade reporta-se à decisão de correr um risco intelectual, o risco de ser refutado. Neste contexto, a verdade não é considerada como um absoluto, pois que é mediada pelo sujeito/conhecedor; mas ela também não é totalmente relativa, já que é construída em interacção com o mundo empírico, o qual opõe a sua própria resistência a concepções que a ele respeitam”*.

Assim a objectividade consiste na forma como expomos a percepção da realidade encontrada sendo esta construída a partir dos nossos objectivos e pelo confronto dos conhecimentos e ideias já relatadas, que se constituíram como fio condutor neste estudo (Kirk&Miller, 1986; Lessard-Hérbert et al, 2005). Para os mesmos autores (2005:67), e citando Van der Maren (1987:11), *“trata-se sobretudo de ser objectivo pelo reconhecimento da subjectividade e pela objectivação dos efeitos dessa mesma subjectividade”*.

Por outro lado, para Lessard-Hérbert et al (2005) e Russel&Gregory (2003), a objectividade da investigação qualitativa reporta-se também à fidelidade e validade das suas observações.

A fidelidade baseia-se essencialmente na explicitação dos procedimentos de leitura das entrevistas. Lessard-Hérbert et al (2005:81), citando Kirk&Miller (1986) nomeiam a “*fidelidade sincrónica*” como devendo ser privilegiada na esfera das abordagens qualitativas. A fidelidade sincrónica é a “*similitude das observações processadas num período de tempo. A comparação dos dados obtidos sob diferentes formas permite que se avalie este tipo de fidelidade interna. A procura deste tipo de fidelidade pode tornar-se muito estimulante, sobretudo quando ela força o investigador a imaginar como é que resultados múltiplos, mesmo ligeiramente diferentes, podem, ainda, ser simultaneamente verdadeiros*” (Lessard-Hérbert et al, 2005:81). Por sua vez, Kirk&Miller (1986:80) define-a como “*algo que não incide directamente sobre os dados, mas sim sobre as técnicas (...)*”.

Ghiglione&Matalon (1993:216) refere-se a este conceito, como o processo de “*codificação e, por consequência, ao codificador e ao instrumento de codificação de que ele dispõe*”.

Procurando conferir fidelidade a este estudo, utilizámos os planos intra e inter/codificador (Ghiglione&Matalon, 1993:216). O plano intra/codificador através de várias leituras das entrevistas que em momentos diferentes encontrámos as mesmas categorias e temas de análise; e o plano “*inter codificador*” (Ghiglione&Matalon, 1993:216) recorrendo aos orientadores deste estudo, como forma de confirmarmos a categorização obtida.

A validade levanta-nos o problema de saber se observamos realmente aquilo que pensamos estar a observar (Lessard-Hérbert et al, 2005:68). Para Russel&Gregory (2003:36) a validade reflecte normas de descrição como o “*rigor e a credibilidade*” dos factos relatados.

Deste modo, a validade relatada tem de ter “*significado para o problema em causa e reproduzir fielmente a realidade dos factos*” (Carmo&Ferreira, 1998:259).

De forma a conferir validade à análise da informação, seguimos as regras da análise de conteúdo de Bardin (1977:36) que preconiza que estas sejam “*homogéneas, exaustivas, exclusivas, objectivas e adequadas ou pertinentes*”. Para Ghiglione&Matalon (1993:218), validade significa a adequação “*entre os objectivos e os fins sem distorção dos factos, daí a necessidade de tomar em devida conta as diferentes etapas [nomeadamente] a escolha das categorias e os índices de quantificação*”.

A validade deste estudo está relacionada não só com o número de participantes e os processos de codificação e selecção da informação relatada, mas ainda, com a informação resultante da nossa observação e da informação publicada em estudos que nos orientaram na definição dos objectivos, na interpretação e discussão dos dados obtidos.

3.5- SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

De acordo com a perspectiva de Steubert&Carpenter (2002:25), os “*investigadores qualitativos geralmente não designam os indivíduos que informam, no seu estudo, por sujeitos; o uso do termo participante ilustra melhor a posição que os investigadores qualitativos subscrevem*”. Neste sentido optámos pelo termo participante em vez de sujeitos, pois uma vez que a nossa posição é de não agir nas pessoas que tomam parte na investigação, mas considerá-las activas no estudo.

Os participantes deste estudo foram vinte enfermeiros prestadores de cuidados gerais, com a categoria de enfermeiro ou enfermeiro graduado (Decreto Lei nº437/91, de 8/11 e Decreto Lei nº412/98, 30/12), a exercerem funções em dois serviços de Pneumologia, num Hospital Central da Região da Grande Lisboa e que aceitaram previamente participar no mesmo.

Desta forma, o grupo de participantes no estudo foi constituído por dez enfermeiros iniciados e dez enfermeiros peritos, que fossem tidos como casos ricos de informação por parte do investigador ou da Enfermeira Chefe dos serviços onde realizámos este estudo. Considerámos “*iniciados*” (Benner, 1982:403) os participantes com experiência profissional igual ou inferior a seis meses e “*peritos*” (Benner, 1982:405) os participantes com experiência profissional igual ou superior a 9 anos.

Consideramos esta amostra intencional, pois foi obtida com base no seu conhecimento específico do fenómeno em estudo, com a finalidade de partilhar esse conhecimento (Carpenter&Streubert, 2002). Ao utilizarmos uma amostra intencional procurámos os casos que em nossa opinião possibilitariam uma maior riqueza de informação, uma vez que os “*casos ricos de informação são aqueles a partir de quem se pode aprender*”

muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação” (Carpenter&Streubert, 2002:66; citando Patton, 1990).

3.6- ACESSO AO CAMPO

O acesso ao campo tornou-se possível após a recepção de um parecer positivo, por parte do Conselho de Administração deste Hospital Central, ao pedido de realização do presente estudo.

Depois da análise exaustiva aos serviços deste hospital escolhemos como campo de estudo, dois serviços de Pneumologia (serviço S1 e S2) por serem em nossa opinião o mais similar possível em termos de área de intervenção dos enfermeiros.

Como não tínhamos conhecimento dos enfermeiros destes serviços, reunimos e informámos as Enfermeiras Chefes, do tipo de estudo que estávamos a realizar, os objectivos propostos, tendo a sua colaboração sido total no sentido de se identificarem no seio da equipa de enfermagem os casos ricos de informação.

Deste modo, foram identificados 31 enfermeiros (num total de 44 de enfermeiros). Abordámos individualmente, os enfermeiros seleccionados e entregámos, uma carta de motivação (Anexo 2), que constituiu a primeira abordagem aos participantes. Raramente a disponibilidade para participarem neste estudo era imediata, pelo que aguardámos cerca de uma semana para realizarmos um novo contacto. Das 31 cartas de motivação entregues, aceitaram participar neste estudo 28 enfermeiros. Realizamos entrevistas a 25 enfermeiros (13 peritos e 12 iniciados) e após a sua transcrição e análise, considerámos em conjunto com os orientadores que tínhamos atingido a saturação de campo com a *“repetição de informação descoberta”* (Carpenter&Streubert, 2002:26, citando Morse, 1994), a partir da vigésima entrevista como referimos anteriormente.

3.6.1- Caracterização dos Participantes

De forma a caracterizarmos os participantes passamos a apresentar quadros de análise, seguidos da sua leitura. É feita uma abordagem quanto ao género, à idade e aos níveis de experiência de todos os participantes. De seguida, caracterizamos separadamente os participantes peritos e iniciados, relativamente à idade, género e tempo de exercício profissional.

Neste estudo, participaram 20 enfermeiros, sendo cinco do sexo masculino e quinze do sexo feminino, como se pode observar no Quadro 4. Este número vai de encontro da tendência geral no Distrito de Lisboa, em que há um número maior de enfermeiras (81,8%) do que de enfermeiros (18,2%) (OE: 2006c:17).

Quadro 4 – Distribuição quanto ao Género dos Participantes.

	Número	Percentagem
Masculino	5	25%
Feminino	15	75%
Total	20	100%

No Quadro 5 podemos observar que a média das idades dos participantes é de 28,4 anos, a idade mínima é de 22 e máxima é de 40 anos, a moda é de 22 anos e com um desvio padrão de 6,18 anos.

Quadro 5 – Medidas de dispersão e tendência central relativas à Idade (Anos) dos participantes.

Número	20 Participantes
Média de idades	28,4 Anos
Moda	22 Anos
Desvio Padrão	6,18 Anos
Idade Mínima	22 Anos
Idade Máxima	40 Anos

No que se refere ao serviço onde prestam cuidados, sete fazem-no no serviço S1 (3 peritos e 4 iniciados) e treze no serviço S2 (sendo 7 peritos e 6 iniciados), como podemos observar no Quadro 6.

Quadro 6 – Relação entre o Serviço onde os participantes exercem funções e os Níveis de Experiência observados.

		Níveis de Experiência		Total
		Peritos	Iniciados	
Serviço onde exercem funções os participantes	S1	3	4	7
	S2	7	6	13
Total		10	10	20

3.6.1.1 - Caracterização dos participantes peritos

Dos 10 participantes peritos que colaboraram neste estudo, 3 são do sexo masculino e 7 do sexo feminino.

Podemos observar no Quadro 7 relativamente à distribuição dos participantes peritos que: a média das idades é de 33,9 anos; a idade mínima é de 30 e máxima é de 40; a moda é de 37 anos; o Desvio Padrão de 3,54 anos.

Quadro 7 – Medidas de dispersão e tendência central relativas à Idade (Anos) – Peritos.

Número	10 Participantes
Média de idades	33,9 Anos
Moda	37 Anos
Desvio Padrão	3,54 Anos
Idade Mínima	30 Anos
Idade Máxima	40 Anos

Quanto aos anos de experiência profissional verificámos que a média é de 11,1 anos, sendo 9 anos o valor mínimo e 16 o valor máximo, a moda é de 9 anos e desvio padrão de 2,33 anos (Quadro 8).

Quadro 8 – Medidas de dispersão e tendência central relativas ao Tempo de Exercício Profissional (Anos) – Peritos.

Número	10 Participantes
Média	11,1 Anos
Moda	9 Anos
Desvio Padrão	2,33 Anos
Tempo Mínimo	9 Anos
Tempo Máximo	16 Anos

Dos participantes peritos seleccionados quanto ao nível académico 60% detêm a Licenciatura e 40% detêm o Bacharelato.

3.6.1.2 - Caracterização dos participantes iniciados

Dos 10 enfermeiros iniciados que participaram neste estudo, 2 são do sexo masculino e 8 do sexo feminino.

Podemos observar no Quadro 9 que relativamente à distribuição dos participantes iniciados: a média de idades é de 22,9 anos, a idade mínima é de 22 e máxima é de 25, a moda é de 23 anos e com um desvio padrão de 0,99 anos.

Quadro 9 – Medidas de dispersão e tendência central relativas à Idade (Anos) – Iniciados.

Número	10 Participantes
Média de idades	22,9 Anos
Moda	22 Anos
Desvio Padrão	0,994 Anos
Idade Mínima	22 Anos
Idade Máxima	25 Anos

Relativamente ao tempo de experiência profissional verificámos que a média é de 4,8 meses, sendo 2 meses o valor mínimo e 6 meses o valor máximo, a moda de 6 meses, com um desvio padrão de 1,9 meses (Quadro 10).

Quadro 10 – Medidas de dispersão e tendência central relativas ao Tempo de Exercício Profissional (Meses) – Iniciados.

Número	10 Participantes
Média	4,8 Meses
Moda	6 Meses
Desvio Padrão	1,9 Meses
Tempo Mínimo	2 Meses
Tempo Máximo	6 Meses

Dos principiantes iniciados seleccionados e quanto ao nível académico 100% detêm a Licenciatura.

3.7- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética, no seu sentido mais amplo, é a *“ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, ou seja, é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”* (Fortin, 1999:114). Em investigação, a ética consiste nas normas relativas aos procedimentos *“considerados correctos e incorrectos por determinado grupo”* Bogdan&Bilklen (1994:75).

Durante todas as etapas deste estudo salvaguardamos os aspectos éticos inerentes à realização de uma investigação de carácter qualitativo defendidos por Bogdan&Bilklen (1994), Carpenter&Streubert (2002:37) e Carmo&Ferreira (1998).

Para Bogdan&Bilklen (1994:75) duas questões dominam o panorama recente no âmbito da ética *“relativa à investigação com sujeitos humanos; o consentimento informado e a protecção dos sujeitos contra qualquer espécie de danos”*.

Carpenter&Streubert (2002:37) referem-se ao facto de na investigação qualitativa assuntos relacionados com o *“consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante - investigador implicam novas considerações éticas”*. Assim, propõem que o investigador cumpra a par com os participantes o princípio da *“não maleficência”*, no sentido de se proteger o bem-estar dos participantes no decurso da entrevista ou observação; o *“princípio de autonomia”*, onde aborda as questões do consentimento informado e da participação

voluntária; e os “*princípios de beneficência e justiça*” onde os investigadores devem assegurar a confidencialidade das suas fontes, a dignidade e o respeito (Carpenter&Streubert, 2002:38).

Também neste sentido Carmo&Ferreira (1998:265) consideram que devem ser respeitados os “*direitos daqueles que participam voluntariamente no trabalho de investigação; (...) Informar os participantes sobre todos os aspectos da investigação que podem ter influência na sua decisão; (...) Aceitar a decisão dos indivíduos de não colaborar na investigação ou desistir no seu decurso; (...) Garantir a confidencialidade da informação obtida; (...) Solicitar autorização das instituições a que pertencem os participantes para estes colaborarem no estudo*”.

Foi nossa preocupação desde o desenho deste estudo até à fase das suas conclusões projectar um conjunto de regras de actuação. Começámos por pedir autorização à instituição onde realizámos o estudo e só iniciámos o trabalho de campo após a sua autorização formal. No decurso da relação com os participantes respeitámos os princípios da *não maleficência, o princípio de autonomia e os princípios de beneficência e justiça*, como forma de criarmos uma relação próxima com os participantes.

No que se refere ao consentimento informado utilizámos a prescritiva de Bogdan&Bilklen (1994:76), quando refere que “*o consentimento informado (...) tal como é tradicionalmente formulado, não se adequa muito à abordagem qualitativa*”, pois segundo os mesmos autores (1994) conduzir investigação qualitativa assemelha-se mais ao estabelecimento de um amizade do que de um contrato, onde os participantes têm uma palavra a dizer relativamente à sua participação em qualquer fase deste processo.

4- ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentamos a análise e discussão dos dados de acordo com os temas e categorias observadas e mediante a informação recolhida. Esta análise será intercalada com estratos das entrevistas, como forma de justificarmos e validarmos o enquadramento dado pelos investigadores.

Da análise da informação das 20 entrevistas realizadas emergiu uma área temática: Tomada de Decisão e quatro temas: Função do Enfermeiro de Cuidados Gerais, Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, A Satisfação do Cliente e Fundamentação da Tomada de Decisão (Anexo III).

No Anexo IV são apresentadas as Unidades de Significação (US) encontradas nos dados. Nos extractos das entrevistas aparece frequentemente o símbolo (...), que significa que parte do discurso dos extractos não foi transcrita, no entanto sem alteração do sentido da ideia relatada. Procurámos organizar e apresentar os resultados obtidos sem efectuar a sua interpretação. Decidimos adoptar a Linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) (2006), de forma a descrever algumas acções relatadas pelos participantes.

Na construção do Tema A – “*Função do Enfermeiro de Cuidados Gerais*” foram observadas 106 US, correspondendo a 18,12% do total das US encontradas. No Tema B – “*Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*”, observaram-se 147 US, o que representa 25,13% do total. Para o Tema C – “*A Satisfação do Cliente*” encontramos 81 US, o que representa 13,85% do total de US. Por último, no Tema D - “*Fundamentação da Tomada de Decisão*” observamos 251 US, o que em termos absolutos representa 42,90% do total (Quadro 11). Todos os participantes contribuiriam para cada um dos temas apresentados.

Quadro 11 – Distribuição das Unidades de Significação pelos Temas.

	Número de participantes	Número das unidades de significação	Porcentagem
TEMA A - Função do Enfermeiro de Cuidados Gerais	20	106	18,12%
TEMA B - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais	20	147	25,13%
TEMA C - Satisfação do Cliente	20	81	13,85%
TEMA D - Fundamentação da Tomada de Decisão	20	251	42,90%
Total	20	585	100%

Para melhor explicitação dos temas, organizámos a sua apresentação nos quadros 12, 14, 15, 16 divididos em oito colunas. Assim, nestes quadros na primeira coluna apresentamos as categorias principais, numa segunda coluna apresentamos as subcategorias e na terceira coluna o número total das US por cada subcategoria. Na quarta coluna apresentamos as US verbalizadas por cada um dos participantes considerados peritos e na quinta coluna a percentagem das US correspondentes em relação à subcategoria. Na sexta coluna apresentamos as unidades de significação verbalizadas por cada um dos participantes considerados iniciados e na sétima coluna a percentagem destas unidades de significação em relação à subcategoria. Na oitava e última coluna o número de unidades de significação por cada categoria e a respectiva percentagem em relação ao total de unidades observadas nos temas em análise.

4.1- FUNÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

O TEMA A - FUNÇÃO DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS emergiu após a observação das unidades de significação relatadas pelos participantes e demonstram as tomadas de decisão executadas individualmente perante o seu exercício profissional.

Segundo a OE (2003:6) “na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem” inserindo-se o seu exercício profissional num contexto

multiprofissional, onde se distinguem dois tipos de intervenções, as intervenções "autónomas e interdependentes" OE (2003:7). Assim dentro deste tema emergiram duas categorias: Intervenções Autónomas (A), com 34 US (32%); Intervenções Interdependentes (B), com 72 US (68%). Esta última categoria foi posteriormente, subdividida em duas subcategorias: Decisão dos Enfermeiros, com 31 US e Decisão de outros profissionais de saúde, com 41 US.

No Quadro 12 apresentamos as categorias e subcategorias, que nos ajudaram a responder à pergunta de investigação: Que decisões são tomadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados?

Quadro 12 - Tema A - Função do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Categorias	Subcategorias	Nº total	Peritos	%	Iniciados	%	Sub total da categoria/ tema	
							US	%
A • Intervenções Autónomas		34 US	5EA; 3EB; 2EF; 2EH; 1EM; 7EN; 2EO; 1EQ.	67,6 %	3EC; 1ED; 1EJ; 3EL; 1EP; 1ER; 1ES.	32,4 %	34 US	32%
	Decisão dos Enfermeiros A	31 US	4EA; 2EB; 3EF; 2EI; 2EK; 2EM; 1EO; 2EQ.	58%	1EC; 2EE; 2EG; 1EJ; 1EL; 2EP; 2ER; 2ET.	42%	72 US	68%
• Intervenções Interdependentes	Decisão de outros profissionais de saúde B	41 US	3EA; 1EB; 1EF; 2EH; 3EI; 2EK; 2EM; 2EN; 1EO; 2EQ.	46%	4EC; 2ED; 3EE; 2EG; 3EJ; 2EL; 2ER; 2ES; 2ET.	54%		

De seguida, analisamos cada uma destas categorias separadamente, apresentando algumas US, de forma a validarmos as nossas interpretações.

4.1.1 - Categoria A – Intervenções Autónomas

Esta categoria corresponde às tomadas de decisão relativamente às intervenções que os enfermeiros referem como sendo intervenções autónomas. Para a OE (2003:7), consideram-se intervenções autónomas as “*acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais*”.

Passamos a relatar as intervenções autónomas encontradas.

4.1.1.1 – Ventilar

Foi observada uma US proferida por uma participante perita que referia tomar decisões relativamente a **ventilar** “*acção de Executar com as características específicas: Fazer com que o ar passa livremente*” (CIPE[®], 2006:146).

“Qualquer que seja a actividade em que nós desempenhamos a nossa função temos de tomar uma decisão (...) na actividade de vida (...) respiração (...)” EA1

4.1.1.2 - Orientar antecipadamente o cliente e família

Uma das participantes peritas refere tomar decisões no **orientar antecipadamente**, que é a “*acção de Orientar com as características específicas: Encaminhar antecipadamente as pessoas sobre assuntos de saúde*” (CIPE[®], 2006: 137), o cliente e família, tendo sido verbalizadas 3 US.

“(...) quando fazemos o acolhimento ao doente e à família (...)” EA8
[no acolhimento] “temos que decidir e tomar decisões que vão desde aquilo que temos que informar, ao apoio que temos de dar à família, ao apoio que temos de dar ao doente, aquilo que temos de encaminhar para o médico (...)” EA13

4.1.1.3 - Alimentar o cliente

É também descrito como área de intervenção autónoma o **alimentar**, “*acção de Executar com características específicas: Dar comida a alguém*” (CIPE[®], 2006: 142), o cliente. Os participantes peritos e iniciados referem ter capacidade de tomar decisões, nesta área. Assim, observaram-se seis unidades de registo, verbalizadas por duas participantes peritas e duas iniciadas.

“(...) nos cuidados de alimentação (...) Nós temos de ajudá-los a satisfazê-las, assim todos os dias, nós tomados essas decisões sem estar dependentes de outros profissionais ou mesmo de colegas.” EF3

“(...) na alimentação em que podemos ter uma intervenção autónoma (...)”
EA2

4.1.1.4 - Cuidar da higiene

A tomada de decisão em relação a **cuidar da higiene** “*acção de Executar com as características específicas: Dar banho, mudar de roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socio-económico*” (CIPE[®], 2006:142) é referenciada em 15 US, proferidas por cinco participantes peritos e três participantes iniciados.

“(...) nos cuidados de higiene eu tenho plena decisão e tenho mais facilidade em decidir na altura.” EB18

“Uma situação muito importante num serviço de oncologia é a decisão (...) num doente terminal (...) sobre o tipo de cuidados de higiene e conforto se deve prestar (...)” EO4

“(...) tenho alguma autonomia (...) para tomar decisões (...) por exemplo quanto ao banho do doente (...)” ER1

4.1.1.5 – Entrevistar o cliente

Outra intervenção autónoma onde umas das participantes peritas refere tomar decisões é **entrevistar**, “*acção de Determinar com as características específicas: Examinar fazendo perguntas e promovendo respostas faladas*” (CIPE[®], 2006:135), o cliente.

“(...) na minha prática diária existe uma situação em que eu faço a consulta de enfermagem ao doente com patologia do sono. Onde (...) a tomada de decisão é frequente (...)” EH1

“(...) eu tenho (...) autonomia para reencaminhar esses doentes e para dar alta ao doente da nossa consulta de enfermagem (...)” EH7

4.1.1.6 – Mobilizar os clientes

Outra tomada de decisão referida pelos participantes tem haver com **mobilizar**, “acção de Executar com as características específicas: Tornar alguma coisa móvel” (CIPE[®], 2006:144), os clientes. É referida por dois participantes peritos e dois participantes iniciados, contribuindo com 7 US.

“(...) hoje não vai, porque ele está (...) dispneico, está com uma farfalheira e acho que o doente não está em condições para ir ao WC e fez o banho na cama (...)” EN10

“Eu tomo decisões (...) no auto cuidado em relação a se o doente tem critérios para (...) se mobilizar até ao WC ou se tem critérios para ir só até aos lavabos ou mesmo se será junto ao leito, (...) um doente que parece independente mas por causa de problemas da patologia (...) por exemplo de tromboembolismo (...) será junto ao leito (...)” EM7

Na elaboração desta categoria foram registadas 34 US, sendo 32% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 67,6% (23US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 32,4% (11US) das unidades de significação.

4.1.2 - Categoria B – Intervenções Interdependentes

Esta categoria corresponde às tomadas de decisão referidas pelos participantes relativamente aos cuidados interdependentes que prestam.

Para a OE (2003:7) consideram-se interdependentes as “acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum”. Depois da análise do discurso dos participantes, esta categoria foi ainda subdividida em duas subcategorias: Decisão dos Enfermeiros (A) e Decisão de outros profissionais (B).

4.1.2.1 - Subcategoria A - Decisão dos Enfermeiros

Nesta subcategoria foram observadas tomadas de decisão executadas pelos participantes “*após indicação de outros profissionais, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados*” OE (2003:7)
Passamos a descrever as decisões que emergiram do discurso.

4.1.2.1.1 – Transportar o cliente

Foi observada a tomada de decisão de uma participante perita em relação a **transportar**, “*acção de Executar com as características específicas: Carregar ou mover de um lugar para outro*” (CIPE[®], 2006:145), o cliente.

(...) no transporte de um doente que é uma actividade interdependente (...)
EA4

4.1.2.1.2 - Administrar

Foram observadas tomadas de decisão dentro desta subcategoria no que se refere a **administrar**, “*acção de Distribuir com as características específicas: Providenciar ou aplicar um medicamento*” (CIPE[®], 2006:138), por parte dos participantes (seis peritos e seis iniciados, com 15 US observadas).

“(...) na administração de terapêutica é normal que tenhamos sempre que pensar e tomarmos uma decisão face ao cuidado que vamos prestar.” EA3
“(...) eu não administrei o antibiótico, falei posteriormente com o médico e chegou-se realmente à conclusão que o Sr. estava a ter uma reacção ao antibiótico, portanto tomei uma decisão, não administrar a medicação.”
EB3

“ [medicação em SOS] (...) vou ser eu (...) a decidir (...) e avaliar quando é necessário aquele tipo de medicação, a qualquer momento (...)“ EL5

4.1.2.1.3 - Administrar oxigénio

Os dois participantes peritos e um iniciado (5 US) referiram tomar decisões relativamente a **administrar** oxigénio.

“(...) se um doente entrado apresenta saturações baixas, automaticamente administramos oxigénio para que as saturações fiquem acima dos 90%.”

EG3

“(...) alterações do débito de oxigénio, aumentando e diminuindo, segundo determinadas situações. (...)” EM1

4.1.2.1.4 – Informar o cliente

Os participantes peritos (dois) referiram tomar decisões relativamente a **informar**, *“acção com as características específicas: Comunicar alguma coisa a alguém”* (CIPE[®], 2005:136), o cliente, tendo sido observadas 4 US.

(...) temos que tomar a decisão de qual a informação que temos de dar ao doente naquele momento. EA9

“(...) tomei a decisão de comunicar ao doente embora não seja frequente sermos nós a tomar essas decisões, achei que era importante e que seria melhor aceite uma vez que eu já tinha uma relação muito próxima com o doente para lhe comunicar tal facto.” EI13

4.1.2.1.5 – Inserir o cateter vesical

Foram também relatadas 2 US que apontam para a tomada de decisão de um participante iniciado em **inserir**, *“acção de Executar com as características específicas: Aplicar, introduzir ou colocar alguma coisa na/ou dentro de uma parte do corpo”* (CIPE[®], 2006:143), o cateter vesical.

(...) tomei a decisão de não realgalhar a Sr.^a, desalgaliei-a não voltei a algalhar (...) esperando que a Sr.^a urinasse espontaneamente (...). A Sr.^a acabou por urinar espontaneamente (...) EP7

4.1.2.1.6 – Trocar o penso

Três participantes iniciados (com 4US), referem tomar decisões em relação a **trocar**, “*acção de Executar com as características específicas: Substituir uma coisa por outra*” (CIPE[®], 2006:141), o penso.

“(…) *temos bastante autonomia, relativamente às feridas e ao seu tratamento (…)*” ER4

“*[tratamento de feridas] (…)* é (…) *uma área do auto cuidado que depende bastante de nós, se não até totalmente, na escolha de materiais e da (…)* periodicidade do tratamento (…)” ER5

“(…) *eu também tomo (…)* decisões (…) *em relação (…)* à realização de pensos, (…) *é uma situação em que eu tomo muito das vezes decisões em relação ao cuidado que devo ter em relação ao doente (…)*” ET4

4.1.2.2 - Subcategoria B – Decisão de outros profissionais de saúde

Esta subcategoria foi construída tendo por base as US, que relatavam a não tomada de decisão dos participantes perante as “*prescrições ou orientações previamente formalizadas*” (OE, 2003:7).

4.1.2.2.1 – Determinar diagnósticos e prognósticos dos clientes

Uma participante perita referiu não tomar decisões (1US) sobre o **determinar**, “*acção com as características específicas: Processo continuo de medir o progresso ou extensão em que os objectivos estabelecidos foram atingidos*” (CIPE[®], 2006:134), diagnósticos e prognósticos dos clientes.

“*[não tomo decisões] (…)* aquelas que estão mais ligadas com os diagnósticos e prognósticos dos doentes.” EA39

Vários autores como Watson (2002), Collière (1999), Hesbeen (1998, 2002), entre outros, entendem que no processo de cuidados os enfermeiros ao utilizarem uma

metodologia científica, na prestação de cuidados fazem diagnósticos de enfermagem, perante a sua prestação de cuidados. Como podemos observar pelo relato acima descrito, esta participante corrobora uma ideia contrária a estes autores. Neste sentido decidimos abordar esta participante para percebermos o sentido do seu relato. Assim referiu-nos “(...) *que em relação a determinar diagnósticos e prognóstico, é em relação aos diagnósticos e prognósticos médicos, pois eu colaboro na realização de exames complementares de diagnóstico e outros procedimentos, que a meu ver em nada contribuíram para a qualidade de vida do doente e não alteram em nada o diagnóstico e prognóstico*” (nota de campo nº18). Com a clarificação das nossas dúvidas podemos inferir que a participante referiu este facto de não tomada de decisão em relação aos prognósticos e diagnósticos da responsabilidade de outro grupo profissional.

4.1.2.2.2 – Prescrever

Foram observadas 13US relatadas por quatro participantes peritos e oito iniciados que apontam para a não tomada de decisão perante **prescrever** “*acção de Mandar com as características específicas: Indicar a utilização de um medicamento ou regime, orientar para a administração de um medicamento ou tratamento*” (CIPE®, 2006:138).

“*Outra situação poderá ser por exemplo na prescrição de medicação (...*”

EA45

“*(...) as prescrições médicas (...) se está prescrito tenho de cumprir concordando ou não ou tendo diferentes pontos de vista tenho de me cingir pelas prescrições e fazer como está prescrito.*” EE23

“*(...) na medicação nomeadamente antibioterapia que o médico prescreve (...) apesar de nós acharmos que (...) o doente está a fazer um determinado antibiótico há não sei quanto tempo e continua com febre e com queixas, não melhora, não há uma tomada de decisão (...) nós não intervimos.*”

EH38

“*(...) não tomo absolutamente decisão nenhuma no que diz respeito há terapêutica, é uma coisa que está instituída e muitas das vezes é administrada sem qualquer tomada de decisão.*” ET28

4.1.2.2.3 – Administrar ventilação não invasiva

Observaram-se 5US (referidas por três participantes peritos e um iniciado), que referem a não tomada de decisão em relação a **administrar**, “*acção de Distribuir com as características específicas: providenciar ou aplicar um medicamento*” (CIPE[®], 2006:138), ventilação não invasiva.

”Se fosse eu a decidir como já lhe disse não iniciava Ventilação não invasiva, mas o médico prescreveu e eu fui-lhe por o BIPAP (...)” EN62

” [um doente em fase terminal] (...) o médico prescreveu e eu pus o BIPAP ao senhor. (...)” EN64

”[Ventilação não invasiva] (...) eu perco a minha tomada de decisão porque no fundo sou obrigada a colocar-lhe o BIPAP (...)” EQ28

”[Ventilação não invasiva] (...) continua-se a fazer (...) é um tipo de tratamento em que (...) não temos que tomamos decisões, temos que executar apesar de concordamos ou não.” EF34

4.1.2.2.4 – Organizar as rotinas do serviço

Observamos 6 US relatadas por 4 iniciados, em relação à não tomada de decisão em **organizar**, “*acção de Gerir com as características específicas: Dar estrutura ordenada, por exemplo ordenar alguma coisa*” (CIPE[®], 2006:138), as rotinas do serviço.

”A preparação da medicação para os três turnos manhã, tarde e noite, (...)” EC30

” (...) as rotinas do serviço, (...)” EC31

”(...) avaliação dos sinais vitais, também tem um horário preestabelecido.” EC33

” (...) não tenho sentido que exerci a tomada de decisão (...) na avaliação de temperatura, duas vezes por turno aos doentes (...) é um bocadinho desnecessário.” ET27

4.1.2.2.5 – Determinar a glicemia capilar, aos clientes

Foram observadas 3 US, referidas por 3 participantes iniciados em relação a não tomar decisões no **determinar** a glicemia capilar, aos clientes.

”Outra situação em que eu verifico aqui no meu serviço (...) é o facto de quase todos os doentes terem pesquisa de glicemia (...)” EE24

”(...) a pesquisa de glicemia, (...) sabemos pelos outros turnos (...) que o doente tem tido valores considerados normais e continuamos a fazer o BM teste ou a pesquisa de glicemia sem ser necessário.” EG17

4.1.2.2.6 – Providenciar a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal a seu cuidado

Seis participantes peritos e dois iniciados (10 US), referiram não tomar decisões em relação a **providenciar**, “acção de Gerir com as características específicas: *Aprontar alguma coisa para alguém*” (CIPE®, 2006:138), a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal a seu cuidado.

”[doente em fase terminal, oncológico] (...) em que lhe são pedidos exames complementares de diagnóstico, (...)” EB24

”(...) no doente oncológico (...) em que são pedidos exames complementares de diagnóstico (...)” EH36

” (...) quando o doente está em estado terminal (...) tem exames complementares de diagnóstico que não vão melhorar os cuidados e a qualidade de vida na morte.” EI34

”[Exames complementares de diagnóstico] (...) eu não consigo impor a minha decisão e conseguir que o doente não vá fazer o exame. Não consigo impor muitas vezes tento dialogar mas não consigo impor.” EI35

”(...) a colheita de sangue num doente em fase terminal. Foi pedida uma colheita de sangue e o doente veio a falecer pouco depois.” EJ18

4.1.2.2.7 – Registrar nos registos profissionais

Foram observadas 2 US, referidas por um participante perito em relação à não tomada de decisão perante **registar**, “*acção de descrever com as características específicas: Acumular, classificar e disseminar informação e material coligido*” (CIPE[®], 2006:137) nos registos profissionais.

”(...) não tomo decisões (...) quando escrevo ocorrências de doentes com vários internamentos em que não há alterações e estão internados muito tempo e não têm alterações significativas (...)” EM32

”(...) em relação à nota de alta (...)” EM37

Após a análise efectuada a esta tomada de decisão verificámos que foi relatada apenas por um participante perito, pelo que decidimos abordá-lo novamente, de forma a percebermos, se a nossa análise dos relatos era coerente com a sua linha de pensamento sobre esta matéria. O participante referiu-nos então que “(...) por vezes o que registamos não tem haver com os cuidados que prestamos, mas com um conjunto de factores que estão predeterminados, que são considerados como bons registos, por todos” (nota de campo nº 14). Podemos inferir, quer através dos relatos, quer desta nota de campo que o participante referiu este factor de não tomada de decisão, devido à rotinização excessiva dos registos profissionais, no serviço onde presta cuidados.

Na elaboração desta categoria foram registadas 72 US, sendo 68% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 51,4% (37US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 48,6% (35US) das unidades de significação.

Para melhor explicitar a análise deste tema, decidimos fazer a sua discussão em termos globais. A análise documental realizada permitiu-nos verificar que a literatura é esclarecedora do tipo de decisões tomadas pelos enfermeiros na sua prática profissional (Neves 2004), Thompson (2001), Thompson et al (2004), Hagbaghery et al (2004) e Bakalis&Watson (2005).

Após a análise das categorias A e B, identificámos um conjunto de acções que os participantes referem tomar sob sua responsabilidade como: *ventilar, orientar antecipadamente o cliente e família, alimentar o cliente, cuidar da higiene, entrevistar o cliente, mobilizar os clientes, transportar o cliente, administrar, administrar oxigénio, informar o cliente, inserir o cateter vesical e trocar o penso.*

Neves (2004:148) vem corroborar algumas das tomadas de decisão dos participantes deste estudo quando refere que a “*enfermeira considera serem da sua exclusiva iniciativa e decisão intervenções do tipo comunicar, (...) posicionar, (...) e implementar*”.

Thompson (2001:3) identificou um conjunto de tomadas de decisão, como: “*certificar-se de que o doente assina um formulário do consentimento informado; Transportar o doente de quarto após a administração de quimioterapia; Seleccionar o tipo de informação a fornecer aos doentes e famílias perante a sua situação clínica; Chamar a dietista para adaptar a alimentação às preferências dos doentes diabético e seu aconselhamento; Chamar o médico; Telefonar a especialistas para pedir conselhos sobre a dieta dos seus pacientes; Decidir sobre a necessidade de administrar um analgésico ao doente*”, algumas das quais semelhantes às identificadas também neste estudo. Nesta linha de pensamento Bakalis&Watson (2005:38), identificaram tomadas de decisão por parte dos enfermeiros, como o “*diagnóstico do estado do paciente, providenciar cuidados de enfermagem, providenciar o apoio psicológico, agir em situações de emergência, ensinar o doente e família, informar o doente do seu prognóstico, decisões na mudança de medicação dos doentes e organizar o trabalho de outros profissionais*”.

Hagbaghery et al (2004:5) descrevem que uma das participantes dos seus estudos relatou que “*eu senti que o meu conhecimento era apropriado para tomar a decisão do tempo que poderia conversar com o paciente*”, que vem corroborar a ideia expressada por um dos participante deste estudo quando refere que “*(...) eu estava a abordar o doente deparei-me com o momento certo, custou-me mas arranjei coragem e comuniquei ao doente (...)* (EII2)”.

Como referimos anteriormente identificámos acções executadas pelos participantes que são consideradas como não tomadas de decisão, como: *o determinar diagnósticos e prognósticos dos clientes, prescrever, administrar ventilação não invasiva, organizar as rotinas do serviço, determinar a glicemia capilar, providenciar a realização de*

exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal a seu cuidado e registar nos registos profissionais.

Em termos de literatura apenas encontramos acções como, “*avaliar, administrar terapêutica, chamar o médico, avaliar, puncionar um acesso venoso, colocar oxigénio, tentar estabilizar o cliente*” (Neves, 2004:148) como tomadas de decisão que não são da exclusiva iniciativa dos enfermeiros.

Em termos gerais, existem algumas dificuldades em categorizar todas as tomadas de decisão identificadas nos vários estudos, pois não se utiliza uma linguagem única para a sua categorização. Construímos o Quadro 13, onde são observadas as diferenças entre os vários estudos apresentados perante a tomada de decisão dos Enfermeiros

Quadro 13 – Principais diferenças entre as tomadas de decisão descritas perante as acções executadas pelos participantes (no presente estudo, Thompson 2001, Neves 2004, Bakalis&Watson 2005).

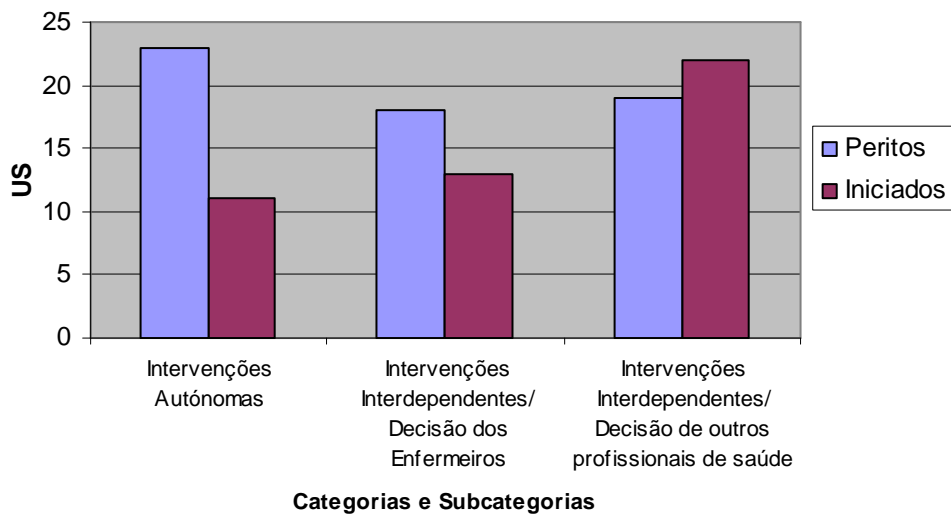
Autores	Tomada de decisão	Não tomadas de decisão
<p style="text-align: center;">No presente estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ventilar</i> • <i>Orientar antecipadamente o cliente e família</i> • <i>Alimentar o cliente</i> • <i>Cuidar da higiene</i> • <i>Entrevistar o cliente</i> • <i>Mobilizar os clientes</i> • <i>Transportar o cliente</i> • <i>Administrar</i> • <i>Administrar oxigénio</i> • <i>Informar o cliente</i> • <i>Inserir o cateter vesical</i> • <i>Trocar o penso</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Determinar diagnósticos e prognósticos dos clientes</i> • <i>Prescrever</i> • <i>Administrar ventilação não invasiva</i> • <i>Organizar as rotinas do serviço</i> • <i>Determinar a glicemia capilar</i> • <i>Providenciar a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal a seu cuidado</i> • <i>Registar nos registos profissionais</i>
<p style="text-align: center;">Thompson (2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Certificar-se de que um paciente assine um formulário do consentimento informado</i> • <i>Transportar o doente de quarto após a administração de quimioterapia</i> • <i>Que tipo de informação dar aos doentes e família perante a sua situação clínica</i> • <i>Chamar a dietista para adaptar a alimentação às preferências dos doentes diabéticos, e dar conselhos aos mesmos</i> • <i>Chamar o médico</i> • <i>Telefonar a especialista para pedir conselhos sobre a dieta dos seus pacientes.</i> • <i>Decide sobre a necessidade de administrar um analgésico ao doente</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Não refere

<p>Neves (2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Comunicar</i> • <i>Diagnosticar</i> • <i>Posicionar</i> • <i>Agasalhar</i> • <i>Implementar</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Avaliar</i> • <i>Administrar terapêutica</i> • <i>Chamar o médico</i> • <i>Avaliar</i> • <i>Puncionar um acesso venoso</i> • <i>Colocar oxigénio</i> • <i>Tentar estabilizar o cliente</i>
<p>Bakalis& Watson (2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Diagnóstico do estado do paciente</i> • <i>Providenciar cuidados de enfermagem básicos</i> • <i>Providenciar o apoio psicológico</i> • <i>Agir em situações de emergência</i> • <i>Ensinar o doente e família</i> • <i>Informar o doente do seu prognóstico</i> • <i>Decisões na mudança de medicação dos doentes</i> • <i>Organizar o trabalho de outros profissionais</i> • <i>Supervisionar os enfermeiros iniciados</i> • <i>Acompanhamento de estudantes em Ensino Clínico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Não refere

Como nos é dado a observar em termos nacionais começam-se a estudar as diferenças entre as tomadas de decisão e não tomadas de decisão perante as acções que os enfermeiros executam, o que não acontece em termos estrangeiros.

No gráfico 1 apresentamos o contributo dos participantes peritos e dos iniciados na construção deste tema em análise.

Gráfico 1 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados, em relação ao Tema A - Função Dos Enfermeiros de Cuidados Gerais



Comentário

Além das acções identificadas e relatadas anteriormente, podemos observar no Gráfico 1 que os participantes peritos referem tomar decisões de forma mais sustentada (Benner, 2001; Hagbaghery et al, 2004:4) nas intervenções autónomas e nas intervenções interdependentes que estão sob a sua decisão. Hagbaghery et al (2004:4), definem enfermeiros peritos como “*tendo um nível de conhecimentos, habilidades e experiências que o torna como perito na sua prática*” e reforçam, o que foi encontrado também neste estudo que níveis elevados de experiência, levam os profissionais a tomarem decisões autónomas perante a sua prática, de forma mais sustentada. Os mesmos autores propõem um esquema de análise (Figura 2) da relação entre algumas variáveis que influenciam a tomada de decisão clínica de enfermagem e que se adequam à questão em discussão.



Figura 2 - Fonte: Adaptado de Hagbaghery et al (2004:9), relação interactiva entre variáveis que afectam a tomada de decisão clínica de enfermagem.

Por outro lado os participantes iniciados referem, em maior número, as não tomadas de decisão perante as decisões de outros profissionais de saúde, o que em nosso entender configura uma diferença significativa entre os níveis de experiência e a autonomia profissional, tal como é relatado por Hagbaghery et al (2004) e Ulrich et al (2003). Em

oposição aos nossos achados e aos estudos relatados anteriormente, Jesus (2004) refere que não encontrou diferenças significativas entre os participantes peritos e iniciados.

4.2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS

O TEMA B - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS, emergiu após a observação das unidades de significação relatadas pelos participantes e demonstra as competências utilizadas pelos participantes na tomada de decisão.

As competências do enfermeiro de cuidados gerais referem-se a um “*nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (OE, 2003:16).

Após a análise das US relatadas pelos participantes emergiram três categorias: Prática Profissional, ética e legal (A), com 53 US (36%); Prestação de cuidados (B), com 69 US (47%); Gestão de cuidados (C), com 25 US (17%).

No Quadro 14 apresentamos as categorias e subcategorias que nos ajudaram a responder à pergunta de investigação: Que competências são utilizadas pelos enfermeiros na sua tomada de decisão?

Quadro 14 - Tema B - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Categorias	Subcategorias	Nº total	Peritos	%	Iniciados	%	Sub total da categoria/ tema	
A Prática Profissional, ética e legal	Responsabilidade A	38 US	7EA; 4EB; 2EF; 5EH; 1EI; 3EO; 3EQ.	65,8%	4ED; 2EE; 1EG; 2EJ; 2EP; 1ES; 1ET.	34,2%	53 US	36%
	Prática segundo a ética B	15 US	1EA; 1EB; 1EF; 1EK; 2EN; 3EO; 2EQ.	73,3%	4EP.	26,7%		
B Prestação de cuidados (B)	Colheita de dados A	21 US	2EA; 2EF; 6EH; 2EI; 1EK; 1EN; 1EQ.	71,4%	4EP; 2ER.	28,6%	69 US	47%
	Planeamento B	11 US	2EA; 1EB; 1EI; 1EK; 1EN.	54,5%	3EP; 2ER.	45,5%		
	Execução C	19 US	2EH; 1EK; 7EM; 1EN.	57,9%	1ED; 2EE; 2EP; 1ES ; 2ET.	42,1%		
	Avaliação D	18 US	1EB; 1EF; 2EH; 1EI; 1EM; 4EN; 2EO; 1EQ.	72,2%	1EC; 1EE; 1EL; 1EP; 1ES.	27,8%		
C Gestão de cuidados	Cuidados de Saúde inter/profissionais A	23 US	1EB; 4EF; 7EI; 8EN.	87%	1ED; 1EL; 1ES.	13%	25 US	17%
	Delegação e supervisão B	2 US	1EM; 1EN.	100%		0%		

De seguida, analisamos cada uma destas categorias separadamente, apresentando algumas US, de forma a validarmos as nossas interpretações.

4.2.1 - Categoria A - Prática Profissional, ética e legal

Esta categoria foi dividida em duas Subcategorias: Responsabilidade (A), com 38 US – a palavra responsabilidade deriva do latim “*respondere, comprometer-se (spondere) com alguém ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências*” (Nunes et al, 2005: 67; citando Cabral 2001:4); Prática Segundo a ética (B), onde observámos 15 US, que apontam no sentido dos participantes tomarem decisões e exercerem a sua prática “*de acordo com o Código Deontológico*” (OE, 2003:17) e actuarem “*na defesa dos direitos humanos tal como descrito no código deontológico*” (OE, 2003:18).

4.2.1.1 - Subcategoria A – Responsabilidade

Da análise desta subcategoria surgem as seguintes tomadas de decisão.

4.2.1.1.1 – Administrar medicação aos seus clientes tendo em atenção a análise que fazem dos sinais objectivos do seu cliente

Nesta subcategoria foram observadas 10 US, proferidas por seis participantes iniciados, que decorrem da responsabilidade que sentem individualmente em responder “*pelas suas acções e pelos Juízos profissionais*” que elaboram (OE, 2003:17) em **administrar** medicação aos seus clientes tendo em atenção a análise que fazem dos sinais objectivos do seu cliente.

“Tendo em conta a evolução clínica do doente se na altura da administração houver alguma contra-indicação por vezes tomo decisões de não administrar, fundamentando sempre.” EJ5

“Por exemplo na toma de medicação há doentes que recusam, num doente consciente e que esteja orientado, se não quer, não administramos.” EE12

“(...) nós avaliamos a tensão arterial e se tiver valores baixos ou seja uma hipotensão, autonomamente tomo a decisão de não administrar esse medicamento.” EG2

Foram observadas 9 US proferidas por quatro participantes peritos, que apontam para “reconhecerem os limites do seu papel e da sua competência” (OE, 2003:17) na tomada de decisão perante os cuidados que prestam.

“Nas intervenções interdependentes muitas vezes eu posso até ter a minha opinião e tomar a minha decisão e posso colidir com a decisão dos outros membros da equipa multidisciplinar (...) posso sempre tomar a minha decisão e dizer qual é a minha opinião, mas não quer dizer que possa levar essa atitude para a frente pois tem a ver com outros profissionais de saúde.” EA28

“(...) eu na altura falei com ele e alertei-o [médico] para o que estava a acontecer e para o sofrimento da doente, (...) mas ele não desistiu e colocou a drenagem.” EB30

“[Ventilação Não Invasiva] Na parte da (...) pneumologia oncológica, os médicos não têm esse tipo de intervenção (...) pois a ideia é não piorar ainda mais o sofrimento do doente; mas quando é prescrito por um clínico que esteja de urgência interna é uma prescrição como qualquer outra que apesar de não concordar terei de a executar.” EO24

4.2.1.1.2 – Providenciar a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal

Foram relatadas 12 US relatadas por cinco participantes peritos e um participante iniciado que referem reconhecer o limite do seu papel e da sua competência em relação a **providenciar** a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal.

“[doente em fase terminal] (...) sabemos que estamos a investir sem termos qualquer capacidade de trazer alguma qualidade de vida ao doente e nesse

aspecto por muito que seja a minha vontade de tomar uma decisão sinto-me que um bocado reprimida.” EA42

“[Algaliação vesical] (...) não tive a capacidade de dizer não, o doente não está a fazer retenção, o doente esta a morrer para que é que lhe vou provocar mais este sofrimento (...)” EP42

“[Exames complementares de diagnóstico] (...) na nossa perspectiva aquele exame em nada irá contribuir para a melhoria do doente; ele é exposto a um transporte, para ir a outro serviço, passa para macas desce de macas, é um desconforto, muitas vezes há chuva (...); todo este desconforto, na realização de exames são coisas que não vão beneficiar em nada o doente [em fase terminal] e nós não podemos dizer que não.” EH37

Observamos 1 US de significação relatada por um participante iniciado, que se refere à necessidade que sente em consultar *“peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício”* (OE, 2003:17).

“(...) no exemplo que dei dos cuidados interdependentes procuro sempre (...) tomar uma decisão que está correcta em relação à administração da terapêutica, procuro sempre valida-la [com uma colega mais velha] para ter mais certeza do procedimento.” EJ14

Por outro lado observamos 7 US proferida por três participantes peritos, que consultam *“outros profissionais de saúde, e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou grupos estão para além da sua área de exercício”* (OE, 2003:17).

“Portanto depois de eu tomar conhecimento de todos os aspectos que o preocupavam, de comunicar com ele conseguimos, o apoio de psicóloga e psiquiatra (...) depois de contactados por mim (...)” EI3

“[Consulta de ventilação não electiva] (...) eu faço essa avaliação e tomo a decisão consoante as estruturas de apoio do hospital (...)” EH11

“(...) os nossos cuidados e a nossa opinião (...) são levados em conta e temos tido algumas situações em que se debate até que ponto é que se deve ou não continuar com tratamento invasivos a doentes terminais.” EF35

4.2.1.1.3 - Orientar antecipadamente o cliente e família

Foram relatadas 7 US por quatro participantes peritos, que referem aceitar a sua “*responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elaboram*” (OE, 2003:17).

“*[Consulta de ventilação não electiva] (...) eu faço essa avaliação e tomo a decisão consoante as estruturas de apoio do hospital (...)*” EH11

“*[Consulta de ventilação não electiva] (...) ao longo da nossa entrevista em que eu me apercebo que o doente poderá ter outros problemas que não estão associados directamente ao problema respiratório da apneia do sono (...) podem (...) necessitar de apoio da psicóloga, ou precisarem de ser reencaminhados (...) para um serviço de reabilitação e reeducação funcional respiratória (...)*” EH6

Nesta subcategoria emerge a responsabilidade que os participantes sentem perante as suas acções, quer seja: ao nível da administração de protocolos terapêuticos (Benner, 2001), “*a responsabilidade da toma da medicação parte (...) de nós (...)* (ED2)”; na orientação dos clientes e famílias (Thompson, 2001; Bakalis&Watson, 2005), “*(...) conheço (...) o hospital conheço os doentes, conheço a família e através das estruturas de apoio (...) conseguimos planear (...) e orientar esses doentes para satisfazer as necessidades que (...) apresentam* (EH13)”; e no reconhecimento dos “*limites do seu papel e da sua competência*” (OE, 2003:17), em providenciar exames complementares de diagnóstico, em doentes em fase terminal, independentemente das suas vontades “*[Colonoscopia] Fiz a preparação ao doente embora fosse contra aquilo que eu achava que deveria ser feito* (EB27)”

Podemos inferir que dos relatos observados a responsabilidade que os participantes sentem está relacionada com as reflexões que fazem perante os cuidados que executam. Esta ideia é corroborada por Honoré (1992:43), quando salienta que “*a prática deve ser objecto de reflexão, com a procura do sentido dos actos e dos seus produtos no contexto onde essa pratica é exercida*”, proporcionando o desenvolvimento das práticas de enfermagem.

4.2.1.2 - Subcategoria B – Prática Segunda a ética

Foram observadas 3 US, relatadas por três participantes (dois peritos e um iniciado), que se envolvem de “*forma efectiva nas tomadas de decisão éticas*” (OE, 2003:17)

“(...) nos doentes terminais quer seja de oncologia, quer seja de doença crónica já em fase terminal, muitas das vezes temos tomado muitas decisões em que se terminam as técnicas invasivas e se promove o conforto do doente.” EF37

“(...) não sei se será no exemplo que descrevi em relação aos cuidados de higiene do doente terminal (...) ao seu conforto, na melhoria da sua qualidade de vida dos últimos minutos de vida, penso que a tomada de decisão se baseia muitos nessas preferências.” EO16

Foram ainda observadas 12US referidas por cinco participantes peritos e um participante iniciado, que apontam para as tomadas de decisão como forma de actuar na “*defesa dos direitos humanos como descrito no código deontológico*” (OE, 2003:18)

“[doente em fase terminal] (...) é uma prescrição médica mas nunca o faria se o pudesse evitar e não trouxesse benefícios para o doente, eu acho que estes doentes devem ter uma morte serena, calma com uma boa qualidade de vida, no pouco tempo que lhes resta.” EQ29

“[entubar um cadáver] (...) insurgir-me contra a situação porque achei que não se tratava de um boneco, a situação repugnou-me e tive de me insurgir de modo a que aquilo acabasse o que viria a acontecer, pois na minha opinião o corpo teria de ser tratado com a dignidade que ele nos merece (...)” EO27

“[doente em fase terminal] (...) a maior necessidade que ele tinha naquele momento era que o deixassem em paz e sossegado e estivesse essencialmente com o conforto dele e não a algaliá-lo (...) não tinha estado a urinar a manhã toda e possivelmente estava em anúria uma vez que não apresentava globo vesical e aquela algaliação ia ser um acto que para ele não iria aliviar em nada, pelo contrário só lhe ia provocar sofrimento.” EP44

Da análise das US relatadas podemos perceber, que os participantes peritos referem de forma mais frequente (73,3%) a utilização dos princípios éticos na tomada decisão clínica de enfermagem. Para a OE (2006:5) isto significa *“exercitar-se em tomar decisões segundo uma norma de ponderação entre os próprios princípios morais e os dos clientes, a quem se pretende capacitar para exercerem as suas prerrogativas de plena cidadania ou defender e proteger quando não capazes do exercício dos seus direitos”*.

Encontramos vários relatos que falam a favor de uma actuação ética face à vida fragilizada do doente terminal, *“(...) o Sr. estava numa situação terminal e (...) aquele exame não iria adiantar de nada, colocamo-lo em causa e acabou por ser suspenso (...) (EK26)”*. Neste sentido, Neves&Pacheco (2004:203) entendem que o cliente nunca se reduz *“a um simples caso clínico, ele não é um indivíduo anónimo a quem se aplica um fármaco ou tratamento mais ou menos complexo, mas sempre um homem doente com quem se deve ter uma atitude de compreensão total”*.

Na elaboração desta categoria foram registadas 53 US, sendo 36% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 67,9% (36US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 32,1% (17US) das unidades de significação.

4.2.2 - Categoria B – Prestação de Cuidados

A Prestação de Cuidados incorpora segundo a OE (2003:12) *“a promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação e comunicação e relações interpessoais”*. Esta categoria foi dividida em quatro subcategorias: Colheita de dados (A), com 21 US; Planeamento (B), com 11 US; Execução (C), com 19 US; Avaliação (D), com 18 US.

4.2.2.1 - Subcategoria A – Colheita de dados

Foram observadas 21 US proferidas por sete participantes peritos e dois participantes iniciados, que referem a Colheita de dados como suporte à tomada de decisão mediante

a sua actuação no sentido de efectuar *“de forma sistemática, uma apreciação sobre dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem”* (OE, 2003:20).

“[Consulta de ventilação electiva] (...) assim que o doente entra nós fazemos a colheita de dados avaliamos as necessidades de ensino avaliamos as dificuldades do doente.” EH32

“[as decisões que eu tomei] (...) basearam-se também no conhecimento da própria pessoa que eu tinha à minha frente.” EP16

“(...) claro que na altura não dá para recolhermos informação acerca de tudo, mas depois fala-se com o doente e ele próprio diz se gosta ou não gosta.” ER17

4.2.2.2 - Subcategoria B – Planeamento

No decorrer da nossa análise observámos 12 US relatadas por cinco participantes peritos e dois iniciados, sobre o Planeamento dos cuidados e a forma como formulam *“um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e ou cuidadores (...) e estabelecem prioridades para os cuidados”* (OE, 2003:20).

“(...) Tinham sido prestados os cuidados de higiene junto ao leito, mas naquele dia achei que o Sr., já estava menos dispneico, e referia sentir-se melhor, com melhor tolerância ao cansaço e resolvi, combinei com ele (...)
“EB6

“Num doente com patologia oncológica (...) quando identifiquei uma situação em que um doente deixou de falar (...) não manifestava os sentimentos, nem a nós, nem há família, (...) levou-me a iniciar um processo de abordagem ao doente (...)” EI1

4.2.2.3 - Subcategoria C – Execução

Foram observadas 19 US sobre a Execução, que diz respeito à forma como os enfermeiros tomam decisões perante a implementação dos *“cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados (...) e respeita os limites de uma relação*

profissional com o cliente” (OE: 2003:21), tendo sido referida por cinco participantes peritos e cinco iniciados.

“(...) eu tenho autonomia para fazer e proceder à mudança desse ventilador, troco, sugiro e escrevo uma carta à empresa para proceder à mudança.” EH3

“[Oxigenoterapia] Vai mobilizar-se à casa de banho, vai tomar um duche e ele às vezes não quer e diz que está cansado porque se calhar se for com um litro/minuto de O2 daqui ao duche, apresenta (...) saturações inferiores e se eu aumentar o oxigénio vai melhorar (...)” EM3

“(...) não tomei logo a decisão e coloquei a questão a uma enfermeira mais velha aqui no serviço, que me respondeu, tens razão mas se está lá, fazes como diz no protocolo, no entanto optei por deixar ao ar livre.” EE3

“(...) a auxiliar e outra colega achavam que o doente não tinha condições para ir ao banho assistido depois de conversarmos (...) concluí que realmente o doente tinha condições, porque o doente levantou-se bem da cama para a cadeira; agora temos uma cadeira que nós levamos à casa de banho e pomos directamente o doente da cama na cadeira e não precisamos de utilizar outro meio de transporte e assim o doente foi ao banho assistido (...)” EN2

4.2.2.4 - Subcategoria D – Avaliação

Observamos 18 US, relatadas por oito participantes peritos e cinco iniciados, que referem a Avaliação dos cuidados, no sentido de avaliar e documentar a *“evolução, no sentido dos resultados esperados (...) e em utilizar os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados” (OE 2003:21).*

“Ia administrar o antibiótico (...) e antes de administrar verifiquei que o doente tinha um certo eritema a nível da região cervical anterior. Perguntei-lhe se ele sentia algum prurido, algum sinal ou sintoma diferente aquando da administração de um antibiótico e o Sr. disse-me, que realmente nas administrações anteriores já tinha sentido um certo prurido ao nível do esófago (...)” EB2

“(...) avalia-se a situação no âmbito geral, os parâmetros vitais, a situação do doente para cada medicamento (...) os efeitos que a medicação poderá ter (...) no futuro (...) e toma-se essa decisão para administrar ou não a medicação (...)” EO2

“(...) conseguimos ter a noção se as tomadas de decisões foram as correctas (...) há uma continuidade (...) nós conseguimos avaliar no momento em que o doente tem alta, (...) se esses cuidados foram eficazes ou indicados para aquele doente.” EH35

“(...) cada caso é um caso e por exemplo nós temos vários doentes com DPOC e a actuação é um bocadinho diferente (...) e temos que especificar o máximo possível e individualizar o máximo possível para podermos obter o melhor resultado, envolvendo as situações (...) sociais do doente e da família (...) e isso vai ajudar a uma recuperação mais rápida do doente e a uma melhor integração na comunidade.” EM22

Podemos inferir que os participantes utilizam nas suas tomadas de decisão as competências “*colheita de dados, planeamento, execução e avaliação*” OE (2003:13), no entanto não se observaram nos seus relatos a competência “*Promoção da Saúde e Comunicação e relações interpessoais*” OE (2003:13).

Segundo a OE (2003:19,20) na *promoção da saúde* os enfermeiros de cuidados gerais, integram os seus conhecimentos de forma a: trabalharem em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades; participarem nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença; em aplicarem conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde; fornecerem informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação; proporcionarem apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente; reconhecerem o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem, o que não se observou nos seus discursos de forma implícita. Sendo esta uma inferência por parte dos investigadores, decidimos contactar novamente alguns participantes, sobre esta matéria. Nas várias notas de campo que tomámos um dos participantes relatou-nos que “*(...) é difícil fazer promoção para a saúde, e ensinar os nossos doentes porque muitas das vezes não sabemos quando é que os doentes têm alta e que tipo de*

medicamentos é que vão fazer” (nota de campo nº 19), outro participante, refere que “(...) *não conseguimos estabelecer contacto com estruturas como o centro de saúde, no entanto fazemos a carta de alta*” (nota de campo nº 20), de entre outras. Quer sejam por questões relacionadas com a organização inter/institucional, quer intra/institucional dos cuidados, podemos inferir que a prática dos participantes está pouco direccionada para a promoção da saúde.

Não corroborando os dados encontrados neste estudo, Bakalis&Watson (2005:38) referem a educação para a saúde ou o ensino aos doentes e família, como umas das competências na tomada de decisão observadas.

A OE (2003:21,22) entende *comunicação e relações interpessoais* como uma das competências que os enfermeiros de cuidados gerais utilizam para: iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais; comunicar com consistência informações relevantes de forma correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência; assegurar que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores, é apresentada de forma apropriada e clara; responder apropriadamente às questões, solicitações e problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência; comunicar com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.

Na interpretação que fizemos dos relatos, a comunicação e relações interpessoais, atravessa-os de forma transversal, mas não emerge de forma única. Neste sentido e de forma a percebermos as tomadas de decisão relacionadas com a experiência vivida pelos participantes, recorreremos à observação das suas práticas. Na nota de campo nº 22, “*um dos participantes referiu-nos que a comunicação está presente em todos os cuidados que presta*”, “*cada vez que cuidamos estamos a comunicar mesmo que não estejamos a conversar*” (nota de campo nº 23), “*são 16h10m uma das participantes conversa com a família de um dos doentes terminais durante cerca de 20 minutos, a família está chorosa e há lágrimas nos olhos da enfermeira*”(nota de campo nº 25). Assim, podemos inferir que esta competência não emerge de forma singular dos relatos dos participantes, mas está presente de forma sistemática, na sua prestação de cuidados.

Vários autores atribuem a esta competência outros enunciados como Lazure (1994:97), quando refere que “*dar o seu tempo, dar da sua competência, dar do seu saber, dar do*

seu interesse, dar da sua capacidade de escuta e de compreensão e assumir um carácter imprescindível na forma de viver daquele que ajuda". O enfermeiro deve desenvolver habilidades humanas, para além das técnicas, no sentido de *"ajudar a pessoa a escutar-se a si própria, para que ela possa identificar os seus problemas, manter-se em relação com o mundo e viver, apesar dos lutos"* SFAP (2000:80). Perante as notas de campo recolhidas e a literatura que analisamos, parece haver espaço para a introdução de um novo modelo de descodificação das relações humanas e das comunicações proposto por Pearce (1994), no sentido de os enfermeiros sentirem a comunicação como um veículo terapêutico dos cuidados que prestam.

Observámos competências referidas pelos participantes mediante as suas tomadas de decisão na *"colheita de dados, planeamento, execução, avaliação e comunicação e relações interpessoais"*, pelo que podemos inferir que estas competências configuram-se como o núcleo central da tomada de decisão, no cuidar em enfermagem, para os participantes deste estudo.

Collière (1999:235) afirma que *"cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais"*. Este conceito conduz-nos ao carácter universal do cuidar, que engloba o conjunto de acções que contribuem para o bem-estar daquela pessoa ou grupo que necessita de ajuda, tal como refere um dos participantes *"(...) avaliar as necessidades que aquela família e que aquele doente têm naquele preciso momento(...) (EA10)"*. Surge assim uma nova perspectiva do cuidar que Leininger, citado por Kèrouac (1996:43) compreende como *"acções de assistência, de suporte e de facilitação junto da pessoa que tem necessidade de recuperar a sua saúde ou de melhorar as suas condições de vida"*. A enfermagem enquanto profissão procura cuidar da pessoa, entendendo-a como um ser singular com dignidade, diferente de todos os outros, e ao mesmo tempo um ser de relação cultural e social, interdependente do seu meio. Um dos participantes é responsável pela seguinte US *"(...) trouxemos o doente do banho para a sua enfermaria e ficou sentado na cadeira e referiu que se tinha sentido muito bem e que no dia seguinte queria ir novamente ao banho assistido e aí com as outras colegas e o próprio doente decidimos que no dia seguinte seria avaliada novamente a situação (EN5)"*. O seu desempenho

espelha bem o cuidado com o cliente e vai ao encontro de Hesbeen (2001:16), quando define cuidar como, “a atenção positiva e construtiva prestada a alguém, com o objectivo de fazer algo por esse alguém ou com ele” Hesbeen (2001:16).

Na elaboração desta categoria foram registadas 69 US, sendo 47% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 65,2% (45US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 34,8% (24US) das unidades de significação.

4.2.3 - Categoria C – Gestão de Cuidados

A Gestão de Cuidados incorpora segundo a OE (2003:12) “ambiente seguro, cuidados de saúde inter profissionais, delegação e supervisão”. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: Cuidados de saúde inter profissionais (A), com 23 US; Delegação e supervisão (B), com 2 US.

4.2.3.1 - Subcategoria A - Cuidados de saúde inter profissionais

Foram observadas 23 US relatadas por quatro participantes peritos e três iniciados. Os cuidados de saúde inter profissionais dizem respeito à forma como cada participante aplica o “conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissionais (...) contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração (...) e participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente” (OE, 2003:22).

“[administração de terapêutica] (...) são interdependentes e eu não tenho autonomia suficiente para decidir. Penso que tem de ser em consenso com outros membros da equipa.” EB20

“Tanto entre a equipa de enfermagem (...) como na equipa multidisciplinar (...) muitas vezes e perante as situações dos doentes, reunimos e discutimos (...) Até que ponto é benéfico ou viável para o doente manter tratamentos agressivos, (...)” EF36

“[informar o doente de um mau prognóstico] (...) nenhum dos elementos da equipa nomeadamente os médicos conseguiram ou tiveram à vontade de

comunicar ao doente e ficou decidido que qualquer um dos elementos da equipa multidisciplinar que identificasse o momento certo para comunicar a situação do doente o fizesse porque seria apoiada pela equipa.” EI11

4.2.3.2- Subcategoria B – Delegação e Supervisão

Observámos 2 US referidas por duas participantes peritas sobre a delegação e supervisão na tomada de decisão e diz respeito à forma como *“delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática (...) utiliza um série de estratégias de suporte quando supervisiona aspectos dos cuidados delegados a outro”* (OE, 2003:22)

“[cuidados de higiene] (...) às vezes a gente sabe que a auxiliar quer adiantar serviço e pegam em situações dessas e isso faz com que se esteja sempre atento (...)” EM8

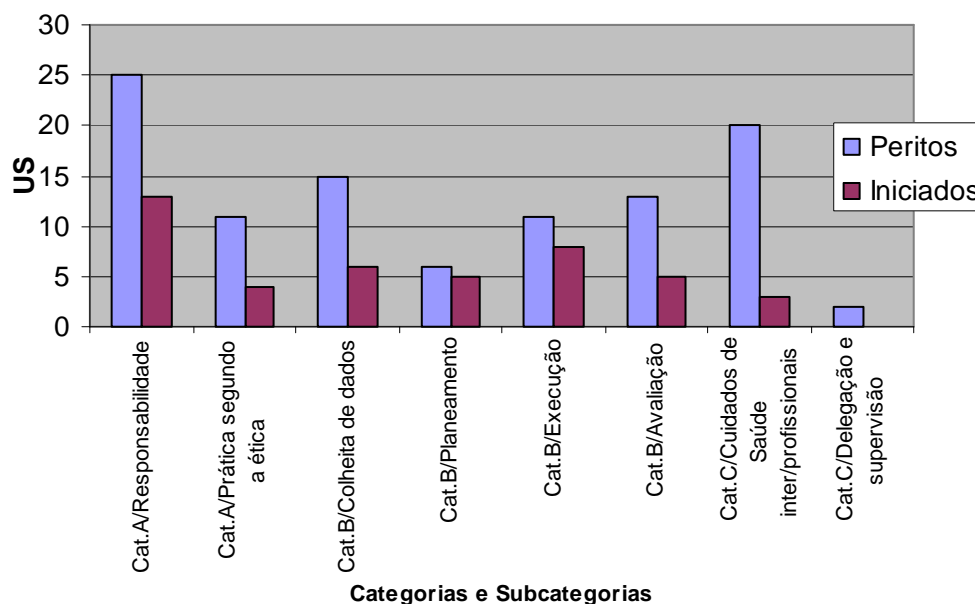
“[cuidados de higiene] (...) a auxiliar até inclusivamente comentou, mas Sr. enfermeira ele ontem foi ao WC; e eu referi - mas ele hoje não tem condições para ir ao banho (...)” EN7

Indo ao encontro destes relatos, os estudos de Bakalis&Watson (2005) referem tomadas de decisão por parte dos enfermeiros na organização do trabalho de outros profissionais. Thompson (2001) relata a forma como os enfermeiros contactam especialistas para pedir conselhos sobre a dieta dos seus pacientes e chamam a dietista para adaptar a alimentação às preferências dos doentes diabéticos ou a assistente social, que vão no mesmo sentido dos achados deste estudo, como no seguinte relato *“(...) comuniquei à assistente social e (...) tentou-se dar apoio do centro de dia para o filho e (...) ao nível da pensão de reforma (...) (EI6)”*.

Na elaboração desta categoria foram registadas 25 US, sendo 17% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 88% (22US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 12% (3US) das unidades de significação.

No gráfico 2, apresentamos de forma esquematizada o contributo dos participantes peritos e iniciados na construção deste tema.

Gráfico 2 - Relação entre as US relacionadas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao tema B - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.



Comentário

Podemos observar que os participantes peritos quando abordados para descreverem as suas tomadas de decisão identificam as competências descritas de uma forma mais abrangente que os participantes iniciados (Benner, 2001), sendo esta discrepância mais evidente ao nível da responsabilidade, colheita de dados, avaliação e nos cuidados de saúde inter/profissionais. Corroborando esta ideia Bakalis&Watson (2005:38) entendem que os “*enfermeiros peritos supervisionaram os enfermeiros iniciados*”. Estas ideias vêm sustentar a necessidade da distribuição dos enfermeiros peritos pelas equipas de trabalho de forma a garantir segurança nos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2006; ICN, 2002, 2006).

4.3 - A SATISFAÇÃO DO CLIENTE

O TEMA C - A SATISFAÇÃO DO CLIENTE, emergiu após a observação das unidades de significação relatadas pelos participantes que demonstram a *“qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos (...) relacionados com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros: O respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente; A procura constante da empatia nas interações com o cliente; O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; O papel da família no processo de cuidados; O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”* (OE, 2001a:11).

Deste modo após a análise das US relatadas pelos participantes emergiram cinco categorias: O respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente (A), com 25 US (30,9%); A procura constante da empatia nas interações com o cliente (B), com 9 US (11,1%); O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados (C), com 16 US (19,8%); O papel da família no processo de cuidados (D), com 24 US (29,6%); O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (E), com 7 US (8,6 %) (Quadro 15).

Quadro 15 - Tema C - A Satisfação do Cliente.

Categorias	Subcategorias	Nº total	Peritos	%	Iniciados	%	Sub total da categoria/ tema	
							US	%
A O respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente		25 US	1EA; 2EB; 2EF; 2EK; 1EO.	32%	4EC; 5ED; 2EE; 2EG; 1EJ; 2EL; 1ER.	68%	25 US	30,9 %
B A procura constante da empatia nas interacções com o cliente		9 US	3EI; 1EM.	44,4%	1EE; 1EL; 2ER; 1ET.	55,6%	9 US	11,1 %
C O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados		16 US	2EA; 2EF; 1EH; 1EI.	37,5%	2EC; 1ED; 1EG; 2EJ; 1EL; 1EP; 1ER; 1ET.	62,5%	16 US	19,8 %
D O papel da família no processo de cuidados	O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados (A)	17 US	4EI; 1EK; 3EN; 1EO; 3EQ.	70,6%	1EL; 1EP; 1ES; 2ET.	29,4%	24 US	29,6 %
	Não envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados (B)	7 US	7EN.	100%		0%		
E O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde		7 US	1EF; 2EH; 2EI.	71,4%	1ER; 1ET.	28,6%	7 US	8,6 %

De seguida, analisamos cada uma destas categorias separadamente, apresentando algumas US, como forma de validarmos as nossas interpretações.

4.3.1 - Categoria A - O respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente

Dentro desta categoria foram observadas 25 US referidas por cinco peritos e sete iniciados.

“A preferência do doente é fundamental, o doente é o centro dos meus cuidados, e portanto, se possível desde que não ponha em risco a sua segurança, eu pretendo ir de encontro às suas preferências.” EB17

“(…) para tal penso que a preferência do doente está em primeiro lugar uma vez que ele tem direito à decisão.” EC25

“(…) devemos prestar os cuidados, conforme o doente precisa, de acordo com aquilo que o doente quer, com as suas necessidades e não (...) conforme as nossas necessidades e aquilo que nos dá mais jeito.” ED5

“(…) a preferência do doente interfere muitas vezes na minha prestação de cuidados, sejam esses cuidados autónomos ou interdependentes.” EF19

Na mesma linha de pensamento dos participantes deste estudo, Henderson (1994:21), refere a ideia do respeito pelas capacidades dos doentes, através de *“uma boa observação e interpretação, continua do comportamento do doente, identificando as suas necessidades e tendo em conta a sua aprovação”*, o que favorece a ideia relatada por um dos participantes que atribui *“o papel mais importante”* (ER13) ao cliente, nas suas tomadas de decisão.

A mesma autora (1994:22), entende que a *“enfermeira (...) deve de alguma forma colocar-se na pele de cada um dos seus doentes, para poder saber quais são as suas necessidades”* esta ideia é corroborada por um dos participantes, quando refere a adequação dos cuidados que presta às preferências dos doentes no sentido de garantir *“não só (...) o seu bem estar físico, mas também psicológico”* (EE13). Parece ficar implícito nos relatos dos participantes o *“princípio de autodeterminação do utente, que se baseia no direito à liberdade de escolha. Ou seja, no direito de as pessoas definirem os seus valores e assumirem a responsabilidade pelo seu estilo de vida e prática de saúde”*. (Bandman e Bandmam, citados por Ribeiro, 1995:45). A orientação dominante dos discursos dos participantes na tomada de decisão é sempre uma abordagem holística (Watson, 2002), dos cuidados que prestam perante as preferências e vontades dos seus

clientes. Para Ribeiro (1995:28), de forma mais ou menos explícita, é comum que “a valorização da relação interpessoal, do respeito pelos valores e cultura do utente e da promoção do auto/cuidado. Isto é, procura-se a sua participação nas tomadas de decisão de modo a promover o seu máximo potencial de saúde e de bem-estar”..

Uma das participantes refere que a realização dos cuidados de higiene “é uma das situações em que eu tenho autonomia para decidir como é que eu os vou prestar e de acordo com aquilo que o doente quer (EB5)”, o que demonstra “um espírito profundo e genuinamente humano, manifestado pela preocupação com o respeito pelo outro, e pelas acções pensadas e criadas por uma determinada pessoa” (Hesbeen, 2001:17).

Na elaboração desta categoria foram registadas 25 US, sendo 30,9% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 32% (8US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 68% (17US) das unidades de significação.

4.3.2 - Categoria B - A procura constante da empatia nas interações com o cliente

Nesta categoria foram observadas 9 US, proferidas por dois participantes peritos e quatro participantes iniciados.

“(...) passou principalmente pela (...) conquista da confiança do doente, com pequenas palavras pequenas frase e nada de abordagens directas porque os doente fecham-se automaticamente nesse sentido.” EI2

“Criando uma relação empática com ele para que ele consiga expor (...) as suas vontades (...) e criar uma relação empática (...) para que o doente fique mais há vontade.” EL26

“(...) apercebo que (...) o doente tem uma determinada preferência (...) pela relação que existe entre profissional, doente e também com a família (...)” ET17

Os participantes procuram estabelecer uma relação de empatia com os clientes, nos cuidados que prestam. Trata-se assim de uma abordagem centrada nos cuidados de enfermagem que são compostos de múltiplas acções, que dão ao enfermeiro a possibilidade de manifestar “uma grande atenção ao beneficiário de cuidados e aos

seus familiares, ao longo das 24 horas do dia” (Hesbeen, 1998:47). O mesmo autor (1998:67) acrescenta que “*os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada por uma enfermeira a uma pessoa e aos seus familiares*”. Um dos participantes deste estudo vem corroborar esta ideia, quando refere o facto de “*(...) estabelecer uma relação aberta, respeitando o doente faz com que o próprio e a família confiem (...) em mim (EI24)*”.

A empatia é vista como o “*processo através do qual uma pessoa é capaz, de modo imaginário, de se colocar no papel ou na situação da outra pessoa, a fim de compreender os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências do outro, numa dada situação*” (Chalifour, 2002:83). O respeito na relação como o cliente é uma constante no discurso dos participantes indo ao encontro da linha de pensamento de Lazure (1994:51) quando refere que “*respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeiramente consideração por aquilo que ele é, com as suas experiências, os seus sentimentos e o seu potencial*”.

Na elaboração desta categoria foram registadas 9 US, sendo 11,1% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 44,4% (4US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 55,6% (5US) das unidades de significação.

4.3.3 - Categoria C - O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados

Foram observadas 16 US referidas por quatro participantes peritos e oito participantes iniciados, que compõem esta categoria.

“(...) sempre que possível (...) o doente me referir o que é que prefere ou em que medida é que ele gostaria de intervir nos cuidados prestados, tento sempre tomar as minhas decisões baseadas não só naquilo que o doente gostaria que lhe fizesse como também nas preferências da própria família (...)” EA26

“(...) se (...) o doente não quiser fazer a higiene de manhã e preferir fazer à tarde penso que devemos dar essa preferência ao doente, se tivermos condições (...)” EC24

“[cuidados de higiene] (...) é feita a avaliação do doente e depois de avaliada a forma como ele é capaz de autonomamente se cuidar (...) mediante as hipóteses que nos restam procuro sempre a que mais agrada ao doente e à família.” EJ10

“Se o doente tem o hábito de tomar banho de dois em dois dias não vou ser eu que agora, vou alterar os seus hábitos, só porque está instituído no serviço que o doente tem de tomar banho todos os dias (...)” EL14

Noone (2002:21) desenvolveu uma análise conceptual sobre a intervenção dos doentes nas tomadas de decisão, que têm a haver com o seus planos de cuidados onde refere que além da *“personalização das escolhas o envolvimento dos doentes na tomada de decisão afecta directamente os efeitos dos tratamentos”*. O facto relatado por esta autora (2002), vem corroborar a opinião de um dos participantes quando refere que *“(...) por exemplo na administração de medicação temos que obter o consentimento do doente e explicar-lhe a (...) e (...) isso contribui para a evolução do seu tratamento (...) (EC26)”*. Em termos gerais os participantes deste estudo reforçam a *perspectiva de Matos (2000:60)* que entende que nos cuidados prestados ao cliente devem ser incluídas *“preocupações acerca da informação que detém, ideias sobre o que são os contactos de suporte e os que pelo contrário o não são, a dificuldade das escolhas nas tomadas de decisão sobre tratamentos”* como forma de incluir o cliente no planeamento dos cuidados que lhes são prestados. Pacheco (2002:127) salienta ainda que *“o enfermeiro deve (...), informar o doente sempre que necessário, (...), ajudá-lo a tomar decisões conscientes e livres, velar para que lhe sejam assegurados cuidados adequados, aliviar os seus medos, dar-lhe atenção e oferecer-lhe apoio e acompanhamento.”*

Fruto do planeamento e do envolvimento por parte dos cuidados prestados, um dos clientes preferiu ir *“(...) para casa (...) e viveu o resto dos seus dias na companhia dos seus filhos e esposa (EI17)”*, pois *“algumas das necessidades do doente oncológico assumem uma importância basilar enquanto condições indispensáveis para o cuidar e constituem autênticos direitos como por exemplo o direito à verdade, à informação, ao consentimento ou à recusa de tratamento”* (Pacheco, 2002:92).

Na elaboração desta categoria forma registadas 16 US, sendo 19,8% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 37,5% (6US) das

unidades de significação e os participantes iniciados com 62,5% (10US) das unidades de significação.

4.3.4 - Categoria D – O papel da família no processo de cuidados

Na construção desta categoria foram observadas 24 US referidas por seis participantes peritos e quatro participantes iniciados. Esta categoria foi posteriormente subdividida em duas subcategorias: O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados (A), com 17 US; Não envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados (B), com 7 US.

4.3.4.1 - Subcategoria A - O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados

Compõem esta subcategoria 17 US referidas por cinco participantes peritos (12 US) e quatro participantes iniciados (5 US).

“(...) a opinião da família quando o doente já não está capaz de exprimir a sua vontade (...) interfere muito na nossa tomada de decisão (...)” EO15

“(...) todos os cuidados que nós prestamos são baseados (...) naquilo que o doente e a família nos dizem e nós procedemos sempre a uma colheita de dados aquando da admissão do doente (...)” EQ15

“(...) é um triângulo (...) o profissional de saúde, família e doente, (...) é preciso estabelecer esse tipo de relação, que é a relação terapêutica, de forma a conseguir colmatar as necessidades de um doente.” ET18

Podemos inferir a partir dos relatos observados o envolvimento dos familiares ou conviventes significativos no processo de cuidados, é realizado de forma mais sistemática pelos participantes peritos, o que em nosso entender está directamente relacionado com a forma como gerem recursos existentes, a sua experiência clínica e o conhecimento que possuem dos clientes (Thompson et al, 2003:167; citando Cullum et al, 1998). Neste sentido um dos participantes peritos refere que *“para ele [o doente] foi importante porque a família esteve presente nos momentos finais da vida dele. Acho*

que foi uma decisão muito difícil doeu-me, mas acho que estou satisfeita e sinto-me muito realizada na profissão por ter tomado esse decisão EI18”.

Vários autores corroboram a ideia referida pelos participantes deste estudo na inclusão da família no processo de cuidados. Bozett (1991:17) refere que *“envolver a família nos cuidados, implica analisar a capacidade da família, para enfrentar a situação; analisar os seus problemas e as suas necessidades; recolher informações sobre o seu familiar; estabelecer um plano de cuidados adaptado à família”*. Martins (2000:22) diz-nos que *“de acordo com a maioria dos investigadores, o enfermeiro é o candidato mais provável para satisfazer as necessidades da família, através da sua inclusão”*. Ainda na mesma linha de pensamento Salt (1991:12) entende que *“é muito importante que todo o pessoal do hospital, especialmente os enfermeiros, que normalmente formam o elo de ligação tenham a sensibilidade necessária para incluir nos cuidados prestados ao doente os seus familiares”*. Neste sentido um dos participantes refere que *“tivemos (...) várias reuniões com a família porque o doente tinha dois filhos menores, a casa onde morava era no terceiro andar sem elevador e tivemos que mobilizar recursos para se realizarem remodelações na casa, (...) principalmente no quarto e na casa de banho EI16”*.

Para Gibon (1988), envolver os familiares no planeamento ou nas próprias actuações a nível de enfermagem, permite-lhes sentir que estão a fazer alguma coisa de positivo e reforça o papel de grande valor que os parentes têm na reabilitação do doente. Pacheco (2002:139) remete-nos precisamente para este aspecto ao afirmar que *“o facto do familiar poder aliviar, ajudar, fazer alguma coisa pelo seu doente, ajuda-o a passar de um espectador impotente a um cuidador que pode sempre colaborar e ser útil àquela pessoa que é tão querida, o que certamente contribuirá para que seja menos difícil ver morrer.”* A mesma autora refere ainda que (2002:134) *“a família é, regra geral, muito importante para o doente e poderá dar um grande contributo no sentido de o ajudar a viver os mais serenamente possíveis os derradeiros momentos da sua vida”*. Neste sentido, um dos participantes entende que *“(...) outra situação em que procuramos ajudar e tomamos a decisão é quando um doente está em fase terminal e está para falecer no turno da Tarde ou da Noite e a família pede-nos se pode ficar com o doente e nós somos responsáveis pelo serviço nesse momento (...) EN33”*.

Para Collière (2002:295): *“São os utilizadores dos cuidados e sua família que detêm todos os elementos fundamentais da situação, são a primeira fonte de conhecimentos,*

não apenas pelo que dizem de si próprios, mas por tudo o que podemos captar, do que nos deixam entrever, pela expressão não verbal, "a linguagem silenciosa" esta linguagem do corpo, da face, da postura, do traje, do ambiente". Pais (2004:37) corrobora estas ideias quando refere que "o enfermeiro deve saber ouvir os familiares, ouvi-los expressar os seus sentimentos, os seus receios, as suas expectativas, dúvidas e preocupações pelo futuro". Estas ideias são sustentadas pelos relatos dos participantes, pois de forma geral a inclusão da família "(...) vai permitir elaborar um plano de cuidados e permitir também ajustar um pouco os nossos cuidados (...)" (EQ16).

4.3.4.2 - Subcategoria B - Não envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados

Esta subcategoria é composta por 7 US referidas por uma participante perita.

"[presença da família] (...) muitas das vezes peço para a família sair porque somos nós que temos que prestar os cuidados ao doente, somos nós que (...) achamos se a família pode ou não pode, estar presente (...)" EN28

"[presença da família] (...) as famílias pensam que estão a fazer bem e depois no final nós vimos a concluir que as visitas não são adequadas, porque o próprio doente se queixa (...)" EN31

"[presença de visitas] (...) deixamos ficar, desde que não interfira nem nos nossos cuidados, nem nos cuidados aos outros doentes e que saia sempre que seja necessário." EN35

De acordo com as afirmações proferidas, Cabete (1997:17) salienta que *"ao olharmos para a prática quotidiana, constatamos que não só os enfermeiros não incluem a família no planeamento e execução dos cuidados como falham até na questão de lhes dar informação".* Salt (1991:12) refere que o pessoal de enfermagem *"pode sentir que o envolvimento dos familiares o leva a trabalho extra e pressão e que os familiares são um incómodo pois eles supervisionam as suas aptidões no tratamento, indicam o que devem fazer ao doente e o que ele é capaz ou incapaz de fazer por si só"...*

Após algumas semanas fomos abordados pela participante em questão que nos referiu *"(...) naquele dia eu não queria dizer aquilo, de não deixar entrar os familiares, mas*

tinha tido uma discussão com um dos familiares nessa tarde que fiz a entrevista e penso que fui influenciada...” (nota de campo nº 6).

Posteriormente decidimos observar a participante perita deste estudo e constatamos que (nota de campo nº13) *“é meia noite e 20 minutos e há familiares de doentes ainda no serviço S1, um dos doentes está em fase terminal e a enfermeira de serviço (nossa participante), referiu-lhes que poderiam ficar o tempo que achassem necessário”*.

Parece-nos que com estas notas de campo (nº6 e nº13), podemos inferir que o relato sobre a não inclusão dos familiares nos cuidados, foi uma situação excepcional devido ao estado emocional da participante.

Na elaboração desta categoria foram registadas 24 US, sendo 29,6% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 79,2% (19US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 20,8% (5US) das unidades de significação.

4.3.5 - Categoria E - O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde

Esta categoria é composta por 7 US referidas por três participantes peritos (5US) e dois participantes iniciados (2US).

“Sempre que essa decisão parte de mim, eu tento sempre ter em atenção o estado do doente e as suas necessidades e (...) o que será menos incómodo para o doente.” EF21

*“[Cuidados de higiene] (...) quando são os colegas homens com as doentes, elas às vezes não dizem que não querem, que seja eles a dar banhos, mas eles apercebem-se que a pessoa não se sente há vontade e que se está a tapar e vão-me chamar e as vezes nem é preciso a pessoa verbalizar.”*ER18

“(...) eu tento avaliar com o doente o que é que ele gosta, o que é que ele prefere e de acordo com o que eu acho que é melhor para ele, tentamos

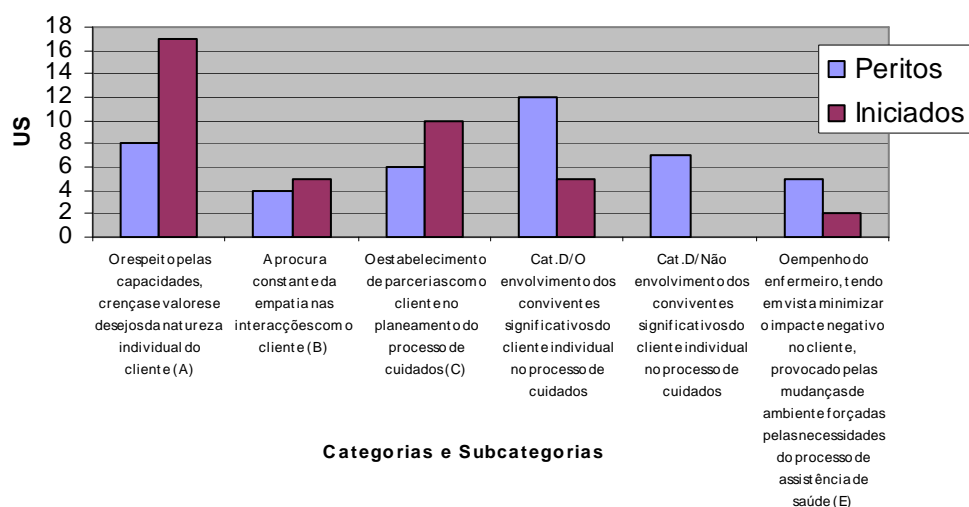
encontrar ali um meio termo e uma solução óptima para resolver o problema de forma a que ele fique agradado (...) EH27

Podemos inferir pela análise das US, que os participantes adoptam um papel de defesa do cliente, quando referem o facto de estarem atentos às necessidades dos clientes, o seu estado e as suas preferências, como minimização do impacte negativo provocado pelo processo de internamento. A este respeito, Ribeiro (1995:44) diz-nos que o enfermeiro deve assumir o papel de *“advogado do utente, pois necessita de considerar vários aspectos e isso implica o diálogo, a interacção com o utente (...) e também de fornecer informação, de modo a que o utente conheça alternativas e consequências, nomeadamente no que respeita a riscos custos e benefícios”*. Um dos participantes referiu-nos que se *“(...) um doente prefere que seja a esposa a prestar os cuidados de higiene, nós temos de ter em conta essas preferências do doente e se por acaso essa situação for viável, temos que respeitar e promover essa situação (ET19)”*, o que vai ao encontro do sugerido por Ribeiro (1995:44), quando refere que a *“enfermeira deve encorajar o utente a tomar a melhor decisão possível e a adaptar-se á sua situação de saúde, mas não pode perder de vista o direito do utente a decidir”*.

Na elaboração desta categoria foram registadas 7 US, sendo 8,6% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 71,4% (19US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 28,6% (5US) das unidades de significação.

No gráfico 3, apresentamos de forma esquematizada a forma como contribuíram os participantes peritos e iniciados na construção deste tema.

Gráfico 3 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao Tema C – A Satisfação do Cliente.



Comentário

Como podemos observar no gráfico os participante iniciados, no que se refere à sua tomada de decisão, estão mais despertos para aspectos como o respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente e na procura constante da empatia nas interações com o cliente.

Observa-se por parte dos participantes peritos maior empenho em colmatar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde, nas suas tomadas de decisão. Nota-se maior envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados, por parte dos participantes peritos.

Relacionado com este tema, Mogg (2006:18) relata um Programa de “*Respecting Patients Choice (RPC)*”, pela primeira vez introduzido no *Hospital Victoria* na Austrália onde se pretende apoiar as tomadas de decisão por parte dos doentes e familiares nos cuidados de fim de vida (*end of live care*) e inseri-las numa lógica de adequação e planeamentos dos cuidados dirigidos às decisões dos doentes e familiares reduzindo o impacto negativo do internamento. Tal como refere um dos participantes “[doente terminal] Uma vez conquistado o doente automaticamente a família confia

mais em nós e conseguimos trabalhar todos os aspectos de uma forma mais rápida com a família, planeando os cuidados e dando as várias hipóteses de escolha que nós temos EI26”.

4.4 - FUNDAMENTAÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO

O TEMA D - FUNDAMENTAÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO emergiu após a observação das unidades de significação relatadas pelos participantes. Para a OE (2003:6) no processo da “*tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática*”. Além da inclusão dos resultados da investigação na tomada de decisão, foram também observadas após a análise das US outros factores como, a experiência clínica e os recursos disponíveis no serviço, sendo responsáveis pela fundamentação na tomada de decisão dos participantes envolvidos.

Deste modo após a análise realizada das US relatadas pelos participantes emergiram quatro categorias: Formação Académica (A), com 13 US (31,3%); Formação Continua (B), com 76 US (30,2%); Experiência clínica (C), com 71 US (28,1%); Recursos disponíveis (D), com 72 US (28,6%).

No Quadro 16 apresentamos as categorias e subcategorias, que nos ajudaram a responder à pergunta de investigação: Como fundamentam os enfermeiros a sua tomada de decisão na prática de cuidados?

Quadro 16 - Tema D – Fundamentação da Tomada de Decisão.

Categorias	Subcategorias	Nº total	Peritos	%	Iniciados	%	Sub total da categoria/ tema	
							US	%
A Formação Académica	Curso de Base (A)	17 US	1EA; 1EB; 1EK; 1EM; 1EO;	29,4 %	2EC; 1ED; 1EE; 1EJ; 3EL; 2EP; 1ER; 1ET.	70,6 %	33 US	13,1 %
	Curso Complemento de Formação em Enfermagem (B)	16 US	5EA; 2EB; 3EH; 2EI; 1EN; 3EQ.	100 %				
B Formação Contínua	Formação em Serviço (A)	8 US	4EA; 2EH; 2EM.	100 %			76 US	30,2 %
	Livros/Revistas Técnicas (B)	19 US	1EA; 1EB; 1EF; 1EH; 1EI; 2EK; 3EN; 1EQ.	57,9 %	1EC; 1EL; 2EP; 1ER; 1ES; 2ET.	42,1 %		
	Resultados da Investigação (C)	6 US	1EA; 2EH.	50%	2ED; 1ES.	50%		
	Conteúdos On-Line (D)	33 US	2EB; 1EF; 2EH; 1EI; 1EK; 4EM; 2EN; 3EO; 2EQ.	54,5 %	1EC; 1ED; 1EE; 2EJ; 2EL; 2EP; 1ER; 2ES; 3ET.	45,5 %		
	Acesso aos recursos bibliográficos existentes no serviço (E)	10 US	2EK; 1EQ.	30%	2EE; 2EJ; 1EL; 1EP; 1ET.	70%		
C Experiência clínica	Peritos (A)	31 US	3EA; 2EB; 6EF; 3EH; 2EI; 5EM; 6EN; 2EO; 2EQ.	100 %			71 US	28,1 %
	Iniciados (B)	40 US			5EC; 3ED; 6EE; 3EG; 2EJ; 2EL; 6EP; 5ER; 3ES; 5ET.	100 %		
D Recursos disponíveis	Métodos de Trabalho (A)	28 US	1EA; 2EB; 2EF; 1EI; 2EK; 3EM; 4EN; 1EO; 2EQ.	64,3 %	2EC; 1EG; 2EL; 2EP; 2ER; 1ES.	35,7 %	72 US	28,6 %
	Protocolos de Serviço (B)	13 US	4EM;	30,8 %	2EC; 1ED; 2EE; 1EP; 1ER; 1ES; 1ET.	69,2 %		
	Influência da Enfermeira/o Chefe (C)	11 US	1EB; 2EN; 1EO; 1EQ.	45,5 %	1EL; 2EP; 1ER; 1ES; 1ET.	54,5 %		
	Condições Arquitectónicas (D)	14 US	2EF; 1EM; 3EN; 1EQ;	50%	1EJ; 2EP; 1ER; 1ES; 2ET.	50%		
	Rácio Enfermeiro/Cliente (E)	4 US	1EK; 1EM; 1EN.	75%	1EG;	25%		
	Orientação de estudantes em ensino clínico (F)	2 US	1EH; 1EQ.	100 %				

De seguida, analisamos cada uma destas categorias separadamente, apresentando algumas US, de forma a validarmos as nossas interpretações.

4.4.1 - Categoria A - Formação Académica

Esta categoria foi construída tendo por base 33 US, tendo ainda sido subdividida em duas subcategorias: Curso de base (A), com 17 US; Curso Complemento de Formação em Enfermagem (B), com 16US.

4.4.1.1 - Subcategoria A – Curso de Base

Esta subcategoria emergiu após analisadas 17 US referidas por cinco peritos e oito participantes iniciados e dizem respeito às tomadas de decisão fundamentadas nos conhecimentos que adquiriram no curso base.

“A minha decisão foi baseada naquilo que eu aprendi no meu curso (...)”

EB8

“(...) a maior parte dos conhecimentos que eu tenho advêm do curso e do estudo que nós tivemos ao longo dos quatro anos (...)” ED10

“As minhas tomadas de decisão são baseadas em tudo o que eu aprendi no curso base como é óbvio (...)” EL6

“(...) as decisões que eu tomei (...) foram baseadas na aprendizagem que eu fiz ao longo do curso relativamente às áreas em questão (...)” EP15

4.4.1.2 - Subcategoria B - Curso Complemento de Formação em Enfermagem

Compõem esta subcategoria 16 US proferidas por seis participantes peritos, que nos dão a ideia de que as suas tomadas de decisão, são fundamentadas nos conhecimentos adquiridos no Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

“(...) o complemento de formação foi uma forma de aumentarmos os nosso conhecimentos e progredirmos na nossa profissão (...)” EA20

“Como nós sabemos a teoria e a prática estão intimamente ligadas e o facto de nós termos de voltar para a escola e pesquisarmos e lermos os trabalhos, faz-nos pensar em pequenas coisas do dia a dia da nossa prática, e que podem de facto ter mais substrato e as tomadas de decisão são sempre mais

fundamentadas porque à uma forma de nós pensarmos muito ligado aquilo que é a justificação baseado na teoria.” EA32

“(…) o complemento também foi uma mais valia (…) durante o complemento somos alertados para uma intervenção muito mais fundamentada, com bases científicas, somos estimulados a fazer formação e investigação que possa de alguma maneira enriquecer a nossa prática (…)”

EH15

“(…) a nossa autonomia também tem melhorado bastante, o complemento alertou-nos para isso uma vez que os professores falam muito que nós os enfermeiros temos de tomar decisões (…)” EN21

Como podemos observar através das US relatadas pelos participantes, a formação académica teve uma importância preponderante no apoio à tomada de decisão clínica de enfermagem. A este respeito um dos participantes refere que *“a tomada de decisão, é sem dúvida (…) baseada nos nossos conhecimentos que adquirimos ao longo do curso (…) (EA15)”*. Para Neves (2004:150) os conhecimentos *“teóricos que foram adquiridos durante a formação escolar e assimilados nos programas escolares”*, são um incremento à tomada de decisão. Quer os participantes peritos, quer os participantes iniciados corroboram a ideia que utilizam frequentemente os conhecimentos adquiridos neste tipo de formação para fundamentar as suas tomadas de decisão.

Os participantes peritos referem utilizar alguns conceitos adquiridos no Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE), na sua prática diária. Podemos inferir que embora os participantes peritos detenham larga experiência profissional o facto de realizarem este tipo de formação é uma mais valia nas suas tomadas de decisão, tal como refere um dos participantes *“(…) apesar de ter 10 anos de carreira contribuiu muito para as minhas tomadas de decisão, ter feito o complemento de formação em enfermagem há um ano (…) (EI19)”*. Outros autores como Unruh (2003), referem-nos que este tipo de formação influencia determinantemente a qualidade dos cuidados. O mesmo autor (2003), entende que níveis inadequados de enfermeiros licenciados nas equipas diminuem os *outcomes* sensíveis à prática de enfermagem, tais como as úlceras de decúbito e infecções respiratórias adquiridas no internamento.

Na elaboração desta categoria foram registadas 33 US, sendo 13,1% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 63,6% (21 US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 36,4% (12 US) das unidades de significação.

4.4.2 - Categoria B – Formação Contínua

Esta categoria foi construída tendo por base 76 US, as quais contribuíram para a formação de cinco subcategorias: Formação em Serviço (A), com 8 US; Livros/Revistas Técnicas (B), com 19 US; Resultados da Investigação (C), com 6 US; Conteúdos On-Line (D), com 33 US; Acesso aos recursos bibliográficos existentes no serviço (E), com 10 US.

Esta categoria está organizada, tendo por base os instrumentos referenciados pelos participantes na aquisição de conhecimentos no seu quotidiano de forma a fundamentarem as suas tomadas de decisão.

4.4.2.1 - Subcategoria A - Formação em Serviço

Na construção desta subcategoria foram utilizadas 8 US, referidas por três participantes peritos. Os participantes referem que a formação em serviço, realizada nos serviços onde prestam cuidados, é uma das formas para adquirirem conhecimentos e estratégias, necessárias à fundamentação da tomada de decisão. Segundo o *Decreto-Lei n.º 437/91* “A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerando como um grupo profissional com objectivo comum e das necessidades individuais de cada membro do grupo”.

“A actualização contínua é feita através da formação em serviço que pode ser uma arma para utilizarmos, (...) se acharmos que numa determinada área estamos com necessidades de formação.” EA18

“[Fundamentação da tomada de decisão] Através da formação que eu tenho tido ao longo destes anos.” EH12

“[Fundamentação da tomada de decisão] (...) nas actualizações que fazemos com a formação em serviço (...)” EM10

“(...) o que fiz foi formação em geral e as formações em serviço no Hospital, (...) sempre que me advinha alguma dúvida tentava procurar, investigar (...) e tentava sedimentar conhecimentos nessas áreas.” EM14

4.4.2.2 - Subcategoria (B) - Livros/Revistas Técnicas

Esta subcategoria foi construída, tendo por base 19 US referidas por oito participantes peritos e cinco participantes iniciados. Estas, espelham a utilização dos conteúdos de livros e revistas científica por parte dos participantes na fundamentação das suas tomadas de decisão.

“(...) da leitura de artigos e revista (...) vou à biblioteca da escola de enfermagem e tento fazer alguma investigação sobre tudo relacionada com os doentes respiratórios, também leio algumas revistas e alguns trabalhos; (...) Alguns trabalhos que falam sobre a qualidade de vida dos doentes respiratórios e trabalhos publicados em revistas inglesas (...)” EH18

“Pelo facto de estar mais ligada à área de oncologia consulto livros fundamentalmente ligados a esta área (...)” EI21

“(...) adquirir ainda a pouco tempo um livro e tenciono continuar a adquirir, porque são importantes e mesmo as revistas científicas também são muito importantes para fundamentar a minha tomada de decisão.” ET9

4.4.2.3 - Subcategoria (C) - Resultados da Investigação

Na construção desta categoria foram observadas 6 US, referidas por dois participantes peritos e dois participantes iniciados, que referem a utilização de resultados de investigação na fundamentação da sua tomada de decisão.

“[trabalhos científicos] quando fazemos um trabalho de investigação obriga-nos a pesquisar um grande leque de informação e é uma forma que nos ajuda a termos mais conhecimentos a estarmos mais aptos para tomarmos decisões.” EA21

“Eu acho que o mais importante nas nossas tomadas de decisão tem haver com a teoria e estes (...) estudos (...) contam muito.” ED8

“Baseio-me em bibliografia e em estudos (...)” ES3

4.4.2.4 - Subcategoria (D) - Conteúdos On-Line

Observamos 33 US na construção desta subcategoria, referidas por nove participantes peritos e nove participantes iniciados que espelham o nível de utilização de conteúdos on-line na fundamentação da tomada de decisão.

Encontramos 10 US referidas por sete participantes peritos e um participante iniciado, que espelham a falta de conhecimentos e experiência para utilizar a Internet como forma de busca de conhecimento, que permita fundamentar as suas tomadas de decisão.

“Não tenho acesso e também não utilizo. Tenho falta de experiência nessa área.” EB16

“Na Internet, não; (...) isso é um deficit próprio e eu tenho alguma dificuldade em utilizar computador Internet, meios informáticos.” EF12

“Tenho dificuldades em aceder [à Internet] e outras vezes também porque (...) não se sabe o tempo que vou demorar e estamos sempre dependentes de situações, se for para consultar uma coisa rápida é mais fácil, se for uma coisa mais generalizada e quiser aprofundar um conhecimento (...) não sabe o tempo que vai demorar e estamos destacados para outras situações (...)” EM17

Foram observadas 5 US referidas por quatro participantes peritos e um participante iniciado sobre o facto de não terem disponível Internet nos serviços clínicos.

“(...) os enfermeiros, neste momento (...) têm alguma dificuldade em (...) utilizar a Internet, que há disponível nos serviços, nos que há, acaba por ser barrada com códigos (...) que dificultam a sua utilização.” EH25

“Não neste momento não. A falta de Internet no serviço é uma lacuna muito grande, porque se nós temos a necessidade de pesquisar conhecimentos, para tomarmos decisões em relação aos nossos doentes, por vezes há situação que são pontuais que uma pequena perda de tempo nesta pesquisa, seria um ganho para o doente.” EO13

Observámos 4 US proferidas por um participante perito e três iniciados que referem utilizar a Internet no domicílio ou por vezes no serviço onde trabalham e dando a ideia que esta pesquisa facilita a sua tomada de decisão.

“A Internet, utilizo (...) quando tenho acesso a ela (...)” EL12

“[Utilizo a Internet] (...) mais no domicilio aqui no serviço utilizo poucas vezes (...)” EM16

“Temos acesso a Internet, que também é uma coisa que é bastante facilitadora da tomada de decisão.” ET14

Observámos 11 US referidas por um participante perito e sete participantes iniciados relatando a não utilização de sites de referência, na recolha de informação on-line que lhes possibilite fundamentar a suas tomadas de decisão.

“Normalmente eu (...) consulto o google (...)” EM15

“Site de referência não (...) vou ao Google e procuro (...) o que quero saber.” ES8

Foi observada 1 US referida por uma participante iniciada, que refere utilizar sítios, como os da Direcção Geral de Saúde e da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde procura adquirir conhecimentos, que lhe permitam fundamentar as suas tomadas de decisão.

“Os que mais utilizo são os da Direcção Geral de Saúde e os da OMS. [sites mais utilizados]” ET11

Da análise desta subcategoria podemos inferir que os participantes sentem dificuldades em utilizar os conteúdos on-line, como meio de aquisição de conhecimentos que os ajudem a tomar decisões. Assim observaram-se diversas barreiras neste sentido: a falta de conhecimentos e experiência para utilizar a Internet, referido por um dos participantes *“(...) não tenho a Internet (...) não tenho conhecimentos, formação adequada para essas pesquisas na Internet (EQ13); a não disponibilidade de meios electrónicos nos serviços clínicos onde prestam cuidados, “(...) os enfermeiros, neste momento (...) têm alguma dificuldade em (...) utilizar a Internet, que há disponível nos*

serviços, nos que há, acaba por ser barrada com códigos (...) que dificultam a sua utilização (EH25)”; a não utilização de sites de referência de forma sistemática, como nos refere um participante “[sites de Internet] Algum site específico não sei, vou o google e pesquiso o que pretendo (EC14)”. Da nossa observação apenas uma participante iniciada indicou sites de referência como forma de procura deste conhecimento.

De acordo com o encontrado, vários estudos estrangeiros apontam também para a *“dificuldade dos enfermeiros em utilizarem os conteúdos de investigação disponíveis on-line”* (AORN, 2005:626) como forma de fundamentarem a sua tomada de decisão. Para a AORN (2005:626) apenas 19 % das enfermeiras consultadas e que utilizam regularmente a Internet é que se sentem confiantes e têm competências para utilizar sítios como a CINAHL ou a MEDLINE.

Por outro lado, vários autores (Mulhal, 1998; DiCenso et al, 1998; Ciliska et al, 1999; Newman et al, 2000; CNA, 2006) procuram criar projectos para alterar esta realidade através da *Evidence-Based Practice (EBP)* criando locais específicos de procura e divulgação, como por exemplo em <http://www.evidencebasednursing.com>, para *“sistematizar a revisão da literatura revelante cientificamente para a prática de enfermagem avançada”* (Mulhall, 1998:5).

4.4.2.5 - Subcategoria (E) - Acesso aos recursos bibliográficos existentes no serviço

Esta subcategoria foi construída tendo por base 10 US referidas por dois participantes peritos e cinco participantes iniciados. Esta refere-se à dificuldade em aceder nos serviços clínicos onde trabalham, a estudos, livros e revistas científicas que lhe possibilitem fundamentar as suas tomadas de decisão.

“(...) livros científicos não temos disponíveis no serviço (...)” ET12

“(...) ao nível do serviço (...) seria mais facilitador termos mais estudos disponíveis, mais livros e revistas, seria facilitador na tomada de decisão, (...) em casa também não tenho muitos estudos (...)” EJ7

“[no serviço]. (...) alguns protocolos existentes, não temos qualquer tipo de livros ou revistas (...)” EQ11

A análise da categoria Formação Contínua, permitiu-nos verificar de que forma os participantes, utilizam a formação nas suas tomadas de decisão. Os relatos observados nas subcategorias: Formação em serviço, Livros/revistas técnicas, Resultados de Investigação, Acesso aos recursos bibliográficos existentes no serviço, demonstram que os conhecimentos teóricos na fundamentação da tomada de decisão são adquiridos em contexto de trabalho. Neves (2004:149) vai ao encontro desta ideia quando refere que os conhecimentos são adquiridos através da *“autoformação, concretizada pela frequência de formações ou leitura de livros e revistas, isto acontece essencialmente quando a enfermeira se confronta com novos casos ou patologias e, necessita aprender algo mais sobre essas situações”*.

A mesma autora (2004:150) realça *“a não referência em absoluto à investigação e à pouca utilização dos seus resultados, como forma de aquisição de conhecimentos”*. Em concordância Jesus (2004:76), citando Seymour et al (2003) refere que *“existem poucas indicações de que os enfermeiros clínicos utilizam o conhecimento obtido pela investigação para fundamentar as suas práticas”*. Neste estudo observámos 6 US, proferidas por quatro participantes que não corroboram estes pensamentos de Neves (2004) e Jesus (2004), quando referem que *“outra forma de fundamentarmos essas nossas tomadas de decisão (...) é através da leitura de trabalhos de investigação (...) (EH17)”*. Não corroborando esta ideia dos participantes a AORN (2005:626) afirma que *“muitas enfermeiras graduadas têm dificuldades para entender artigos de investigação ou não estão devidamente preparadas para os interpretar”*.

Segundo McDonald (2001:68,69) esta questão da *“prática baseada na evidência iniciou-se com Florence Nightingale”* que quando regressou da Guerra da Crimeia em 1860, fez pressão para que fossem criados entre outros o *“royal commission to investigate the causes of the high mortality”* (McDonald, 2001:68), ou quando ajudou a criar unidades de estatística para comparar os *outcomes* entre os hospitais britânicos (McDonald, 2001:68). O mesmo autor (2001:69) aconselha o uso *“da energia e o caminho percorrido por Nightingale’s como forma de usarmos a melhor evidência como guia na política da tomada de decisão”*.

A OE (2006a:34) debruçou-se sobre este assunto e entende a *“prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica*

existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis”, que é corroborado pelo relato de um dos participantes quando refere que utiliza “(...) a revista da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, a Pensar Enfermagem (...) que (...) tem alguns trabalhos e assim (...) procuro estar mais informada (...) (EN16)”

Para se incorporar os resultados da investigação na prática clínica é necessário um sistema de ranking, tal como propõe Melnyk (2004:324) já referido anteriormente. Este deve ser baseado nos estudos de evidência científica, nas preferências dos doentes e na experiência dos enfermeiros que guiam a tomada de decisão, no sentido de se alterarem as práticas actuais (Royle&Blythe, 1998; Dawes 2000; Glanville et al, 2000; Mohidel&King, 2003; Osborne&Dewar, 2005; Melnyk, 2004:324; OE, 2006a:34; Thompson et al, 2004).

Para Jesus (2004:155) “*o estudo e a discussão em grupo de casos clínicos reais e de decisão diagnóstica e interventiva*”, bem como a adopção de medidas ao nível da gestão, podem ser fundamentais na formação dos enfermeiros a este nível.

Na elaboração da categoria – Formação Contínua, foram registadas 76 US, sendo 30,2% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 56,6% (43US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 43,4% (33US) das unidades de significação.

4.4.3 - Categoria C – Experiência Clínica

Esta categoria foi construída tendo por base 71 US, as quais demonstram a forma como níveis de experiência dos participantes influenciam as suas tomadas de decisão. Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: Peritos (A), com 31 US; Iniciados (B), com 40 US.

4.4.3.1 - Subcategoria A - Peritos

Foram observadas 27 US referidas por nove participantes peritos, que indicam a sua experiência como factor facilitador da sua tomada de decisão face aos cuidados que executam.

“Sinto-me mais à vontade ao olhar para um doente, do que me sentia há oito anos atrás quando acabei o curso e comecei a trabalhar, tenho mais conhecimentos, adquiri mais experiência e (...) aprendi com o tempo.”

EF15

“[a experiência] (...) Altera em muito a minha tomada de decisão; se eu no início pela insegurança não tomava uma decisão, tinha algum receio de poder ser mal interpretada ou não tinha uma base suficiente, com o adquirir da experiência e da prática no terreno sentimos (...) que sabemos argumentar, muito melhor aquilo que estamos a decidir, (...) sentimos maior segurança.” EA29

“(...) ao longo dos meus anos de actividade profissional fui desenvolvendo algumas capacidades, fui armazenando informação que neste momento me permite tomar decisões com segurança, com confiança de que estou a tomar a decisão certa.” EH29

“[com a minha experiência] (...) consigo fundamentar melhor as minhas tomadas de decisão, quer perante a equipa de enfermagem, quer perante as outras equipas (a equipa médica e outras equipas).” EQ18

Foram observadas 4 US relatadas por dois participantes peritos, que referem o facto, da sua experiência ser uma ajuda na tomada de decisão de outros enfermeiros iniciados e de outros enfermeiros com mais tempo de exercício.

“O que se tem passado ao longo dos anos é que fui aprendendo e fui também tentando passar esses conhecimentos aos colegas. (...) colegas que eu vou integrar neste serviço partem à partida com mais conhecimentos do que eu quando cheguei a esta área.” EF14

“(...) muitas vezes tenho de decidir, ou ajudar o colega a decidir pelo doente que não está à minha responsabilidade, por ser mais velha e ter mais experiência que os colegas (...)” EN48

“ [enfermeiros] (...) os mais velhos são experientes só que (...) têm outras limitações e vêm pedir ajuda; decide lá tu se o doente vai ao banho.” EN50

4.4.3.2 - Subcategoria (B) - Iniciados

Nesta subcategoria foram observadas 40 US referidas por dez participantes iniciados que indicam a sua pouca experiência como uma barreira na tomada de decisão.

Assim 13 destas US relatam a ideia que o facto de serem iniciados no campo das práticas clínicas é uma barreira nas suas tomadas de decisão.

“(...) a experiência é um dos factores mais importante (...) ter autonomia e conseguir tomar decisões conscientes (...)” EE15

“(...) no entanto penso que apesar de não ter grande experiência baseio-me muitas vezes, naquilo que vi e que sei, para agir de determinada maneira e tomar decisões, (...)” EE16

“Nesta fase relativamente à tomada de decisão ainda me sinto bastante insegurança.” ER21

“(...) a minha experiência de aproximadamente seis meses, (...) tem as suas desvantagens na medida em que não domino completamente certos conteúdos (...)” ET20

Foram observadas 27 US onde os participantes iniciados relatam a forma como tomam decisões baseadas na opinião dos enfermeiros peritos.

“(...) o que me tem ajudado imenso é a experiência dos profissionais que trabalham cá há mais tempo (...)” EC11

“(...) perante as situações, que (...) não (...) sei resolver (...) terei de recorrer a um colegas mais experiente de suporte a quem posso perguntar e tirar dúvidas ou então tenho que recorrer a estudos, a bases teóricas onde consiga tirar essas dúvidas e dar resposta a essa situação.” ED22

“(...) alguma falta de experiência condiciona-nos um pouco, porque muitas vezes não temos a certeza e temos medo de agir mal e optamos por colocar (...) questões a pessoas com mais experiência (...)” EE17

“[na tomada de decisão] (...) tenho algumas dificuldades, mas de qualquer das formas e tendo em conta as minhas dúvidas, normalmente sinto a necessidade de perguntar a outros profissionais que são mais experientes do que eu, no sentido de organizar melhor e ver qual é o melhor tratamento para o doente.” ET5

Da análise desta categoria podemos inferir que os participantes peritos apoiam a tomada de decisão dos participantes iniciados. Da mesma forma os participantes iniciados referem solicitar a intervenção dos participantes peritos no apoio à sua tomada de decisão.

Nalguns estudos encontramos diferenças significativas nos processos de raciocínio dos enfermeiros peritos (Benner&Tanner, 1987), iniciados (Ruth-Sahd&Hendy, 2005), no uso dos julgamentos intuitivos perante as suas tomadas de decisão, tal como encontramos neste estudo quando um dos participantes refere que *“(...) daí que eu tenha referido a importância dos outros colegas [com mais experiência] (...) para fundamentarmos aquilo que nós queremos saber no dia a dia(...) (ER20)”*.

Em termos nacionais Jesus (1999; 2004:154) refere que *“não se verificaram diferenças assinaláveis entre os principiantes e experientes, no que se refere ao modelo ou padrão de raciocínio no processo de decisão diagnóstica dos enfermeiros”*, facto este não corroborado pelos participantes deste estudo.

Pelos relatos dos participantes podemos inferir que se por um lado os participantes iniciados procuram de forma sistemática a opinião dos participantes peritos no apoio e fundamentação das suas tomadas de decisão, por outro, esta informação é confirmada pelos participantes peritos. Neste estudo observámos diferenças significativas nas tomadas de decisão dos participantes peritos e iniciados, indo ao encontro do que é descrito nos estudos de Benner&Tanner (1987) e Ruth-Sahd&Hendy (2005).

Neste sentido devem ser asseguradas no processo de integração dos iniciados *“condições para a sua progressão em direcção ao seu nível de competências máximo”*

(Neves, 2004:156), apoiados pelos enfermeiros peritos de forma a melhorar a sua intervenção ao nível da tomada de decisão, facto este que é reforçado por um relato de um dos participantes quando refere que “(...) ao longo dos anos (...) fui aprendendo e fui também tentando passar esses conhecimentos aos colegas. (...) colegas que eu vou integrar neste serviço partem à partida com mais conhecimentos do que eu quando cheguei a esta área (EF14)”.

Na elaboração da categoria – Experiência Clínica - foram registadas 71 US, sendo 28,1% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 43,7% (31US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 56,3% (40US) das unidades de significação.

4.4.4 - Categoria D – Recursos Disponíveis

Esta categoria emergiu após termos observado 72 US relatadas pelos participantes, tendo sido ainda dividida em seis subcategorias: Métodos de Trabalho (A), com 28 US; Protocolos de Serviço (B), com 13 US; Influência da Enfermeira/o Chefe (C), com 11 US; Condições Arquitectónicas (D), com 14 US; Rácio Enfermeiro/Cliente (E), com 4 US; Orientação de estudantes em ensino clínico (F), com 2 US.

Esta categoria diz respeito aos recursos disponíveis relatados pelos participantes, que influenciam as suas tomadas de decisão.

4.4.4.1 - Subcategoria A - Métodos de Trabalho

Esta subcategoria foi construída tendo por base 28 US referidas por nove participantes peritos e seis participantes iniciados.

Observaram-se dentro desta subcategoria 11 US referidas por sete participantes peritos e dois participantes iniciados, que referem o método de trabalho à tarefa como não facilitador da tomada de decisão.

“(...) o método por tarefa (...) não é nada facilitador na (...) decisão. Não é facilitador porque não conhecemos o doente suficientemente. Não podemos tomar uma decisão consciente.” EB22

“[o método de trabalho] (...) a tarefa não nos dá uma imagem do doente, (...) efectua-se uma técnica a este doente, a seguir outra técnica a outro doente e muitas vezes não temos a noção do doente como um todo.”

EF27

“[método de tarefa] (...) não nos facilitava e não nos permitia nada tomar decisões em relação aos doentes, porque também não conhecíamos o suficiente para tomar decisões.” EQ20

Observamos 17 US referidas por oito participantes peritos e seis participantes iniciados, que referem o método de responsável de oito horas ou o método individual como facilitador das suas tomadas de decisão.

“[método individual] Penso que este método é o que nos delega mais essa responsabilidade. (...)” EC28

“[método individual] (...) neste método de trabalho não nos cingimos só a uma tarefa (...) vemos o doente num global e podemos decidir se o podemos levantar, se lhe podemos dar banho, se está com muita expectoração, se está com a tenção alta, se está com a tensão baixa e como (...) sabemos esses dados todos, temos mais facilidade na tomada de decisão, do que se utilizássemos o método de tarefa.” EG14

“(...) quanto à tomada de decisão relativamente ao método que utilizamos, penso que o método individual de trabalho será o mais adequado para favorecer a tomada de decisão, porque nós temos um determinado número de doente e prestamos-lhes todo o tipo de cuidados nesse turno e somos nós que avaliamos o doente. (...)” ER22

Não encontramos diferenças significativas entre as US referidas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao método de trabalho mais facilitador na tomada de decisão. Segundo os participantes deste estudo o método de responsável de oito horas ou o método individual, é aquele que possibilita um contacto mais directo e íntimo com os doentes, sendo potenciador da responsabilização e da tomada de decisão, por parte dos participantes tal como refere um dos participantes *“(...) o método individual, ou seja cada enfermeiros tem X doentes distribuídos, é responsável por X doentes, (...)”*

somos obrigados a tomar decisão em relação a esse doente e aos cuidados que se prestam ao longo do turno (EC27)”.

Jesus (2004:156) refere que *“devem ser proporcionadas aos enfermeiros condições de trabalho que facilitem um maior tempo de contacto e intimidade com os utentes, designadamente a implementação de métodos de prestação de cuidados mais centrados no utente e horários de trabalho que assegurem uma maior continuidade de cuidados”*, o que vem corroborar o relato de um dos participantes quando se refere ao método de responsável, como sendo *”facilitador, na medida em que conseguimos ter um conhecimento melhor do doente (EB21)”*.

Os trabalhos de Jesus (2004), Fraser (2002) e Gullick (2004) aconselham que a prática de enfermagem seja sustentada por modelos de trabalho mais dirigidos às necessidades dos doentes e que representem maior autonomia para os enfermeiros por um lado e maior satisfação para os doentes, por outro. Assim, aconselham a organização das equipas de enfermagem pelo método de trabalho de *primary nursing* (enfermeira de referência), como forma de prestarem cuidados mais dirigidos para as necessidades dos doentes.

Manthey (1980:81) refere que *“o processo de tomada de decisão em enfermagem tem de ser baseada no conhecimento que as enfermeira têm dos seus doentes e suportada pela relação que mantêm com os mesmos”*. Para a mesma autora (1980:82) esta relação não deve ser construída apenas em algumas *“horas de trabalho mas ao longo de alguns dias ou semanas”* (Manthey, 1980:82), como nos refere um dos participantes *“de certa forma a nossa tomada decisão, assenta muito em tudo o que a gente vê que ele faz, toda a evolução clínica que ele pode ter ao longo do internamento; caso não fosse esse tipo de método de trabalho seria muito difícil (EP37)”*.

Para Wright (1993:27) a autonomia e responsabilidade dos enfermeiros nestes métodos de trabalho mais dirigidos para as necessidades dos doentes como o método de responsável *“cimenta a possibilidade de tomar decisões sobre os cuidados e a liberdade de os executar e aceitar a responsabilidade dos seus resultados”*, o que vem corroborar o relato de um dos participantes quando refere que o *“método do enfermeiro responsável pelas oito horas e ao longo dos vários dias dá-nos para já uma proximidade do doente diferente, dá-nos um conhecimento do estado do doente (...) e*

(...) da família, (...) o que nos facilita o encaminhamento do doente para a alta (EF28)”.

No mesmo sentido dos participantes deste estudo Neves (2004:151), realça a ideia de que *“a organização de trabalho e os modelos informais da prática influenciam fortemente as decisões”* dos enfermeiros.

Como nos é dado a observar, a utilização de diferentes métodos e quadros de referência na prestação de cuidados, é um dos factores que influenciam a tomada de decisão. Os resultados deste estudo estão em concordância com os estudos referenciados realçando o método de responsável e considerando o método da tarefa um método pouco intimista e pouco propiciador da relação terapêutica com os doentes limitando a tomada de decisão dos enfermeiros.

Segundo Frederico&Leitão (2000:160) o método de responsável *“favorece a relação enfermeiro – doente, pois facilita um conhecimento mais profundo de cada doente, sendo este cuidado como um todo cujas necessidades não podem ser fraccionada”*, este conhecimento, do doente e família, por vezes não é conseguido, devido a uma distribuição inconstante dos doentes e de tarefas pré estabelecidas, tal como nos refere um dos participantes deste estudo quando ao referir-se ao método da tarefa diz limitar-se *“a fazer um role de tarefas, embora tomemos algumas decisões (...) não são tomadas de forma reflectida (EA34).*

Podemos inferir da análise desta categoria, que o método de trabalho mais adequado seria o de enfermeiro responsável, ou outros métodos que permitam o maior contacto e conhecimento por parte dos enfermeiros de um grupo restrito de doentes, no sentido de se fomentar e fortalecer a relação terapêutica entre o enfermeiro e os clientes.

4.4.4.2 - Subcategoria B - Protocolos de Serviço

Nesta subcategoria observámos 13 US referidas por um participante perito e sete participantes iniciados, as quais espelham a importância dos protocolos de serviço na sua tomada de decisão.

“[administração de insulina] (...) baseamo-nos num esquema do serviço que está pré/estabelecido, mas por vezes temos de ser nós a tomar decisões em relação às unidades que administramos (...)” EC2

“(...) os protocolos que estão estabelecidos (...) grande parte das vezes dão muito jeito (...)” EM28

Nesta subcategoria os participantes referem utilizar os protocolos de serviço como uma forma de apoio à sua decisão, nomeadamente no que diz respeito à administração de protocolos terapêuticos. É de realçar o contributo de apenas um participante perito e de sete participantes iniciados nesta subcategoria, o que nos leva a inferir que a utilização dos protocolos de serviço na fundamentação da tomada de decisão pelos participantes iniciados é uma forma de colmatar a sua falta de experiência.

Segundo Neves (2004:153) *“a existência de protocolos, poderá ajudar as enfermeiras, principalmente quando são o profissional mais qualificado perante a situação, a decidirem de forma mais rápida e eficaz e sobretudo a terem uma base que as apoia nessa decisão. Contudo, a realização de protocolos deverá ser discutida dentro das equipas, para que todos os compreendem e interpretem da mesma maneira”*, sendo este facto corroborado por um relato de um dos participantes deste serviço, quando refere que *“[a minha tomada de decisão] (...) depende da situação, mas também depende das normas do serviço (ES14)”*

Podemos inferir que face ao referido pelos participantes deste estudos e anteriormente descrito por outros investigadores, os protocolos de serviço poderão ser uma ajuda preciosa na tomada de decisão, no entanto, devem ser inseridos numa lógica de reflexão das práticas clínica e alicerçados em lógicas de evidência científica devidamente reconhecidas pela comunidade científica para a prática de enfermagem.

4.4.4.3 - Subcategoria C - Influência da Enfermeira/o Chefe

Esta subcategoria teve por base 11 US relatadas por quatro participantes peritos e cinco participantes iniciados e referem-se à não influência da enfermeira chefe nas suas tomadas de decisão enquanto prestam cuidados aos seus doentes.

“(...) não em termos da chefia não influencia muito a tomada de decisão.”

EB23

“Quanto à chefia penso que não influencia a minha tomada de decisão e temos um relacionamento já de há muitos anos (...)” EN55

“Até este momento ainda não senti a influência da chefia (...) os doentes estão distribuídos pelos enfermeiros e a chefia (...) pouco intervém.” EP39

Embora vários estudos apresentados anteriormente e organizações como a Ordem dos Enfermeiros sustentam que a tomada de decisão dos enfermeiros deve ser apoiada e discutida pela equipa de trabalho, incluindo as chefias directas (OE, 2003), no presente estudo e mediante as US relatadas pelos participantes, não encontramos qualquer influência do gestor funcional da equipa de enfermagem (enfermeira-chefe) no apoio à tomada de decisão, tal como nos relata um dos participantes *“(...) não sinto a influência da minha chefia na minha tomada de decisão, porque sou eu que presto os cuidados aos meus doentes e sou eu que tomo as minhas decisões (EQ22)”*.

O *Decreto-lei 437/91*, que aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem e entre outros regula o conteúdo funcional da categoria do enfermeiro-chefe, não referênciam de forma implícita qualquer tipo de competência a este nível.

4.4.4.4 - Subcategoria D - Condições Arquitectónicas

Na construção desta subcategoria foram utilizadas 14 US referidas por quatro participantes peritos e cinco participantes iniciados, que referem as condições arquitectónicas dos serviços clínicos, como sendo um factor que influencia as suas tomadas de decisão.

Assim foram observadas 7 US referidas por dois participantes peritos e três participantes iniciados, onde são identificadas as condições físicas inadequadas, no serviço onde prestam cuidados.

“(...) os (...) recursos físicos que é o que este serviço tem de pior (...) influencia muitas vezes a minha tomada de decisão em relação aos cuidados, quer sejam autónomos ou interdependentes, porque temos um

espaço físico, que não está minimamente adequado a este tipo de doentes (...)” EF24

“O espaço físico do serviço também influencia muito as minhas tomadas de decisão, nomeadamente os cuidados de higiene eu vejo que um doente está dispneico e se calhar o melhor para ele era ir tomar um duche, mas como a casa de banho é muito longe já não vai; toma o banho na cama e isso requer outros cuidados, mais tempo (...) menos autonomia para o doente e mais dependência e isso influencia claro que sim.” ES16

Por outro lado no serviço S1 onde as condições físicas foram melhoradas, observaram-se 7 US, relatadas por dois participantes peritos e dois participantes iniciados, na forma como este factor influência as suas tomadas de decisão em prol da personalização dos cuidados prestados.

“Da arquitectura do serviço, olhe por exemplo no nosso serviço foi remodelado e agora temos muito melhores condições para levar (...) o doente ao WC, ao banho assistido.” EN53

“(...) as condições arquitectónicas influenciam bastante a nossa tomada de decisão (...) o nosso serviço (...) sofreu remodelações, que nos permitem dar um conforto ao doente bastante diferente, (...) temos os quartos de banho junto (...) da enfermaria perto do doente e não é necessário ele deslocar-se quase um km para ir ao quarto de banho e isso é facilitador, porque o próprio doente também se sente mais à vontade (...) tem o quarto de banho ali junto e isso é importante para a nossa tomada de decisão.”

EQ21

Nesta subcategoria encontrámos US relatadas pelos participantes, que nos dão a entender que a tomada de decisão e a adequação dessas decisões às preferências dos doentes são influenciadas pelas condições arquitectónicas.

Neves (2004:151) refere o facto de as decisões dos enfermeiros serem fortemente influenciadas pelos “aspectos inerentes ao espaço físico”, facto este corroborado por um dos participantes deste estudo quando refere que “[condições arquitectónicas] (...) eu acho que influenciam, por exemplo os WC se não tiverem condições, (...) muitas vezes nem é estimulante, têm o vidro partido ou está molhado o chão; (...) até podíamos

estimular o doente a ir ao duche, mas (...) como as condições são más não será a melhor opção (EM26)”.

Podemos depreender que o aspecto dos espaços físicos onde os doentes são cuidados, reveste-se de primordial importância na tomada de decisão e na prestação de cuidados de enfermagem direccionados para as reais necessidades dos doentes.

4.4.4.5 - Subcategoria E - Rácio Enfermeiro/Cliente

Nesta subcategoria foram observadas 4 US relatadas por três participantes peritos e um participante iniciado, que referem o facto de rácios mais elevados enfermeiros/doente dificultarem as suas tomadas de decisão.

“(...) temos imensos doentes e durante a noite somos dois enfermeiros, durante a tarde somos só dois e o número de doentes aumenta, às vezes por uma questão de tempo de organização de serviço, vamos abreviando [Fundamentação da tomada de decisão] nos doentes que sabemos há partida (...) que não há coisas muito específicas.” EM36

“[inicialmente utilizávamos] (...) o método (...) individual em que cada enfermeiro ficava com um determinado número de doentes, mas os enfermeiros eram poucos, os doentes eram muitos e acabávamos por ir para o método de tarefa (...) dávamos a medicação e outros iam para as higiènes (...)” EN43

Observámos que os níveis inadequados de enfermeiros para prestarem cuidados são um dos factores que interferem directamente na tomada de decisão, tal como é referido pelos participantes deste estudo.

Por outro lado Aiken et al (1999, 2002, 2002a, 2003), Needleman et al (2001, 2002), Aiken (2002:6), Needleman&Buerhaus (2003:275), Garretson (2004:34), ICN (2002, 2006:11), referem o facto de se ter demonstrado cientificamente que as dotações inadequadas de enfermeiros, traduzem-se num espectro de resultados adversos dos doentes, incluindo: úlceras de pressão; infecções do trato urinário; pneumonia; infecções de feridas no pós-operatório; erros de medicação; comprometimento pulmonar; trombose; tratamento da dor; hemorragias do tracto gastrointestinal superior;

quedas, choque e paragem cardíaca; insucesso na ressuscitação e reanimação; a satisfação dos doentes diminui com dotações reduzidas de enfermeiros. O ICN (2006:24) entre outras medidas propõe que se tenha em consideração os “*juízos profissionais*” para se determinarem os rácios adequados de enfermeiro/doente, o que vai ao encontro do seguinte relato “(*...*) *penso que uma dificuldade é o grande número de doentes por enfermeiro, que às vezes nos impossibilita (...)* pelo facto de termos muitos doentes (...) e o enfermeiro não pode dar atenção a todos como queria (...) pode haver alguma coisa que nos escape (EG13)”.

Devido às implicações destes estudos várias organizações estrangeiras têm tomado posições públicas que mostram como foco de atenção esta questão dos rácios enfermeiro/doentes, como por exemplo: *Health Professionals and Allied Employees* (2002); *U.S. Department of Health and Human Services- Public Health Service* (2003).

Os participantes deste estudo, os estudos consultados e as organizações profissionais corroboram a ideia de que os rácios de enfermeiros/doente são um factor determinante nas tomadas de decisão, tendo em vista uma perspectiva mais intimista e de maior qualidade nos cuidados de enfermagem prestados aos clientes.

4.4.4.6 - Subcategoria F - Orientação de estudantes em ensino clínico

Esta subcategoria emergiu após termos observado 2 US referidas por dois participantes peritos que relatam o facto da orientação dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem facilitar as suas tomadas de decisão. Estes sentem necessidade de adquirirem mais conhecimentos e permanecerem mais actualizados, de forma a fundamentarem as suas tomadas de decisão.

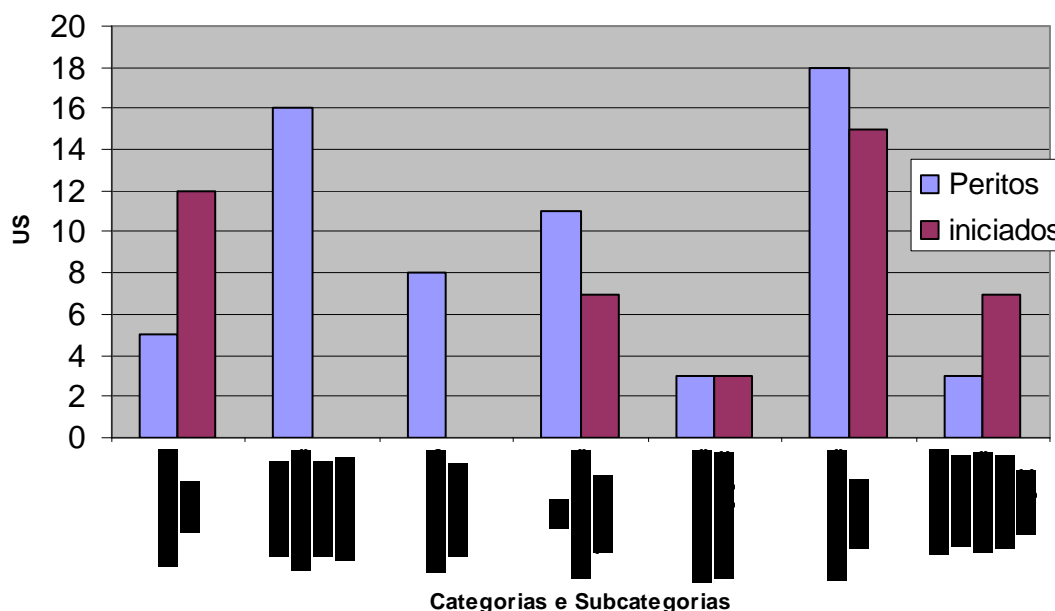
“[tomada de decisão] O facto de ter estudantes actualmente da escola, também sinto a necessidade de procurar, de investigar, para poder saber fazer e de saber estar são coisas que nós vamos relembrando.” EH23

“(...) como orientadora de alunos de enfermagem, sinto-me também a necessidade de ir pesquisando e aprofundando os meus conhecimentos e para me manter actualizada.” EQ8

O facto destes participantes peritos se encontrarem envolvidos na formação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, é um factor que os predispõe na procura de actualizações constantes de conceitos como forma de fundamentarem as suas tomadas de decisão perante os estudantes. Neste sentido, um dos participantes peritos referiu-nos que “(...) como orientadora de alunos de enfermagem, sinto-me também a necessidade de ir pesquisando e aprofundando os meus conhecimentos, para me manter actualizada (EQ8)”. Este facto é corroborado também por Bakalis&Watson (2005:38), quando referem o “acompanhamento de estudantes em Ensino Clínico”, como um dos factores de desenvolvimento e fundamentação da tomada de decisão.

Na elaboração desta categoria forma registadas 72 US, sendo 28,6% do total das US deste tema em análise. Os participantes peritos contribuíram com 54,2% (39US) das unidades de significação e os participantes iniciados com 45,8% (33US) das unidades de significação.

Gráfico 4 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao Tema D – Fundamentação da tomada de decisão (Categorias A e B).

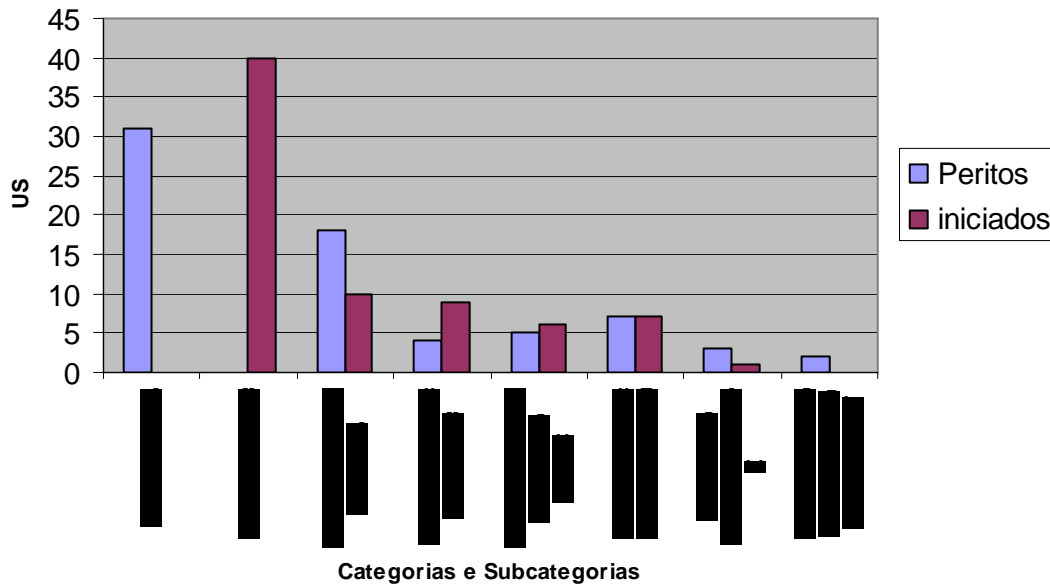


Comentário

Através da observação do gráfico 4 e da análise e discussão que fizemos dos dados, podemos concluir que:

- Os participantes utilizam os conhecimentos adquiridos ao longo da sua formação de base nas suas tomadas de decisão. Os participantes iniciados socorrem-se de uma forma mais integral desta forma de fundamentação das suas tomadas de decisão, pelo facto da sua ainda diminuta experiência no campo das práticas clínicas;
- A utilização dos conhecimentos adquiridos no CCFE por parte dos participantes peritos de forma mais significativa do que os conhecimentos do curso de base, vem alicerçar a importância deste tipo de formação académica ao longo do ciclo laboral dos enfermeiros;
- Os conhecimentos adquiridos na formação em serviço na fundamentação da tomada de decisão são apenas relatada pelos participantes peritos, fruto no entender dos autores do pouco tempo laboral dos participantes iniciados;
- A utilização de Livros e Revistas Técnicas é relatada de forma mais intensa por parte dos participantes peritos;
- Os resultados da investigação e a forma como estes são utilizados na fundamentação da tomada de decisão, são referidos apenas por quatro participantes (dois peritos e dois iniciados), o que no entender dos autores é um facto preocupante;
- Nas US observadas quanto à utilização dos conteúdos on-line, podemos perceber que não é um veículo utilizado de forma regular e sistemática pelos participantes deste estudo. Observámos que os participantes peritos relatam uma maior falta de conhecimentos em relação à sua utilização do que os participantes iniciados. Observaram-se algumas barreiras institucionais no acesso a este tipo de tecnologia. No que se refere ao acesso aos recursos bibliográfico do serviço, embora quase inexistentes, são mais utilizados pelos participantes iniciados.

Gráfico 5 - Relação entre as US relatadas pelos participantes peritos e iniciados em relação ao Tema D – Fundamentação da tomada de decisão (Categorias C e D).



Comentário

No que refere aos níveis de experiência percebemos que os participantes peritos são um recurso dos participantes iniciados, no que se refere à fundamentação da sua tomada de decisão, facto este que é relatado quer pelos participantes peritos quer pelos participantes iniciados.

Pelas US observadas é unânime que os métodos de trabalho influenciam determinantemente a frequência da tomada de decisão dos participantes deste estudo. Os métodos de trabalho mais intimistas e que pressuponham menos tarefas predeterminadas, são um incremento nas tomadas de decisão por parte dos participantes. Como podemos observar no Gráfico 5, no que se refere aos protocolos de serviço são um instrumento utilizado pelos participantes com maior ênfase pelos participantes iniciados.

É unânime que os participantes não sentem a influência da enfermeira chefe nas suas tomadas de decisão.

As condições arquitectónicas na opinião dos participantes deste estudo influenciam de forma determinante as suas tomadas de decisão, no sentido da adequação dos cuidados prestados aos doentes.

Os rácios enfermeiros/doentes segundo a opinião dos participantes influenciam de forma significativa o tipo de cuidados prestados. Sendo que em rácios inferiores os métodos de trabalho utilizados são menos intimistas e mais assentes em tarefas, o que influencia negativamente as tomadas de decisão por parte dos participantes.

A orientação e supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico, reveste-se de especial importância no que se refere à tomada de decisão e leva os participantes peritos a terem maiores necessidades de actualização e de informação na sua prática clínica.

CONCLUSÃO

A tomada de decisão clínica de enfermagem é algo complexo, com fundamentos na prática clínica, na formação de base, na formação ao longo da vida e na gestão dos cuidados. Configura-se em nosso entender como um dos pilares centrais da prática alicerçada na evidência, na satisfação das necessidades dos clientes e na qualidade dos cuidados de enfermagem.

O referencial teórico, efectuado com base em estudos, conceitos e autores conceituados no estudo e discussão da tomada de decisão clínica de enfermagem, ajudou-nos a definir os objectivos e o método de estudo.

A sua contextualização deu-nos a perceber o percurso do conceito, de modo especial em Portugal, e compreender as diferenças de discurso entre os estudos nacionais e estrangeiros.

Com o conhecimento construído ao longo desta fase, progredimos nas várias etapas deste trabalho, desde a fase de construção dos seus objectivos, a escolha do método, e na análise e discussão dos resultados onde procurámos novas fontes perante os achados. Observámos que em Portugal a discussão sobre esta matéria é ainda recente, o que limitou de certa forma a discussão dos resultados em consonância com o panorama nacional.

Os aspectos metodológicos foram delineados a partir do conhecimento do problema em estudo, no entanto adaptámos os instrumentos que utilizamos à forma como íamos progredindo neste estudo qualitativo de abordagem fenomenológica. Tivemos grande preocupação na selecção dos participantes, identificando os casos ricos em informação, o que em desfavor da inexperiência do investigador, imprimiu riqueza aos achados.

Após a organização, análise e discussão dos resultados que obtivemos das entrevistas que aplicámos a 10 enfermeiros peritos e a 10 enfermeiros iniciados, de dois serviços de Pneumologia de um Hospital Central, chegamos às conclusões que apresentamos de seguida.

O processo de tomada de decisão clínica de enfermagem, que esteve em discussão reveste-se, de especial importância no desenvolvimento da profissão (Cullum, 1998;

Jesus, 1999; Dawes, 2000; Glanville et al, 2000; Thompson et al, 2003; Melnyk, 2004; Jesus, 2004; Neves 2004; Bakalis&Watson 2005).

As implicações profissionais desta temática quer legisladas, quer em forma de recomendação das diversas organizações de reconhecida importância e mérito (OE 2003, 2006; ICN 2003b), colocam esta discussão numa perspectiva enraizada na profissionalização da profissão.

Observámos vários autores que sustentam a ideia de que o desenvolvimento da profissão está intimamente ligado à autonomia profissional em determinar a que necessidades dar resposta ao cuidar dos clientes, de acordo com o julgamento profissional e na responsabilização dessas decisões (Meneses, 2004; Ulrich et al 2003:19).

Este processo de autonomia da tomada de decisão em Portugal, parece estar ligado, ao percurso histórico da enfermagem ao longo de todo o século XX, às alterações políticas ocorridas nos anos 70 e ao papel crescente e influência das mulheres na sociedade contemporânea. É a partir deste momento que este fenómeno passou a ser uma realidade na prática diária dos enfermeiros e passou a ser estudado nos vários factores ou categorias que o compõem, contribuindo também para o desenvolvimento ao nível da formação e com conseqüente desenvolvimento do papel de intervenção na sociedade Portuguesa.

Nalguns estudos mais recentes, nota-se o desenvolvimento deste tema associado à necessidade crescente que sentem os enfermeiros em geral e os seus gestores em particular, de justificar de forma mais profissional e clara os custos/benefícios dos cuidados de enfermagem e os ganhos em saúde para a população.

É necessário que os enfermeiros percebam as implicações sobre a sua tomada de decisão clínica de enfermagem e adquiram competências nesta área através do uso de informação sistemática e sistematizada, produzida por estudos de investigação (baseada na evidência) de forma a sustentarem as decisões que tomam. De forma regular devem guiar a sua intervenção tendo por base linhas orientadoras nos cuidados que prestam, de forma a garantirem a qualidade nos cuidados prestados e desenvolver a autonomia profissional.

Ficou implícito que a escolha da perspectiva fenomenológica, no sentido de estudarmos a experiência vivida e o seu significado do ponto de vista dos participantes, levou-nos a atingir o objectivo a que nos propusemos: *Compreender que decisões são tomadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados, como as fundamentam e que competências utilizam nas suas tomadas de decisão.* Assim, depois de analisar o discurso dos participantes relativamente às suas tomadas de decisão, agrupámos as US em: *função dos enfermeiros de cuidados gerais, competências do enfermeiro de cuidados gerais, satisfação do cliente e fundamentação da tomada de decisão.*

Na *função do enfermeiro de cuidados gerais* foram agrupadas as tomadas de decisão referidas pelos participantes nas suas intervenções autónomas e interdependentes.

Após a análise do discurso dos participantes foram identificadas um conjunto de acções sobre as quais os participantes referem tomar decisões, como sendo: *ventilar, orientar antecipadamente o cliente e família, alimentar o cliente, cuidar da higiene, entrevistar o cliente, mobilizar os clientes, transportar o cliente, administrar, administrar oxigénio, informar o cliente, inserir o cateter vesical, trocar o penso* (Quadro 17).

Quadro 17 - Face aos cuidados que prestam os participantes deste estudo referem exercer a tomada de decisão face às seguintes acções.

• Ventilar
• Orientar antecipadamente o cliente e família
• Alimentar o cliente
• Cuidar da higiene
• Entrevistar o cliente
• Mobilizar os clientes
• Transportar o cliente
• Administrar
• Administrar oxigénio
• Informar o cliente
• Inserir o cateter vesical
• Trocar o penso

Foram ainda identificadas acções sobre as quais os participantes referem não exercer a tomada de decisão, como sendo: *determinar diagnósticos e prognósticos dos clientes, prescrever, administrar ventilação não invasiva, organizar as rotinas de serviço, determinar a glicemia capilar aos clientes, providenciar a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal a seu cuidado, registar nos registos profissionais* (Quadro 18).

Quadro 18 - Face aos cuidados que prestam os participantes deste estudo referem não exercer a tomada de decisão face às seguintes acções.

• Determinar diagnósticos e prognósticos dos clientes
• Prescrever
• Administrar ventilação não invasiva
• Organizar as rotinas do serviço
• Determinar a glicemia capilar, aos clientes
• Providenciar a realização de exames auxiliares de diagnóstico em doentes em fase terminal a seu cuidado
• Registar nos registos profissionais

Encontramos diferenças significativas nas tomadas de decisão dos participantes peritos em relação aos iniciados, assim os peritos tomam mais frequentemente decisões face às intervenções autónomas (67,6%). Por outro lado face às intervenções interdependentes os participantes iniciados, referem a não tomada de decisão em 54%, face à Subcategoria *Decisão de outros profissionais*. Neste estudo os peritos envolvem-se mais na tomada de decisão face às suas intervenções autónomas e intervenções interdependentes (em conjunto com outros técnicos), do que os participantes iniciados. Encontramos dificuldades em relacionar as tomadas de decisão identificadas neste estudo com outros autores (Neves, 2004; Thompson, 2001; Thompson et al, 2004; Hagbaghery et al, 2004; Bakalis&Watson, 2005), pois não se utiliza uma linguagem única para a sua categorização.

Relativamente às *competências do enfermeiro de cuidados gerais*, foram observadas sete competências (OE, 2003; ICN, 2003a; ICN 2003b) utilizadas pelos participantes nas suas tomadas de decisão, como sendo a: *responsabilidade, prática segundo a ética,*

colheita de dados, planeamento, execução, avaliação, cuidados de saúde inter/profissionais, delegação e supervisão.

Observamos que os participantes peritos identificam as competências descritas de uma forma mais abrangente que os participantes iniciados, em especial no que se refere à *responsabilidade, colheita de dados, Avaliação e nos cuidados de saúde inter/profissionais.*

Ao nível das competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais enunciadas pela OE (2003:13), não foram relatadas pelos participantes a “*Promoção da Saúde, Comunicação e relações interpessoais, ambiente seguro e prática legal*” como competências que interviesses nas suas tomadas de decisão. No entanto, a competência *comunicação e relações interpessoais, prática legal* foi observada de forma transversal ao longo das outras competências descritas; ao contrário, a *promoção da saúde* nunca foi descrita por parte dos participantes, o que no nosso entender é muito preocupante em profissionais que têm como foco de atenção procurar “*ao longo de todo o ciclo vital, prevenir doenças e promover os processos de readaptação após a doença*” OE (2003:5).

No que se refere à tomada de decisão dos participantes na ***satisfação do cliente***, foram identificados: *o respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o papel da família no processo de cuidados – o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados, o não envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.*

Os participantes iniciados deste estudo estão mais despertos na sua tomada de decisão, para aspectos como *o respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente e na procura constante da empatia nas interações com o cliente.*

Observa-se por parte dos participantes peritos maior empenho nas suas tomadas de decisão *tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de*

saúde. Nota-se maior *envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados* nas tomadas de decisão por parte dos participantes peritos.

Podemos concluir que em matéria de tomada de decisão clínica de enfermagem os participantes nestes estudos descreveram frequentemente um dos enunciados dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem descritos pela OE (2001:2) - “*satisfação do cliente*”. Não tendo sido observados enunciados como a “*promoção da saúde e a readaptação funcional*” (OE, 2001:2).

Por outro lado foi-nos dado a observar que este aspecto da satisfação do cliente influência de forma determinante a recuperação e a autonomia dos clientes e o seu quotidiano (Noone, 2002; Mogg, 2006)

Na **fundamentação da tomada de decisão** foram encontrados quinze factores relatados pelos participantes, como sendo o *curso de base; curso complemento de formação em enfermagem; formação em serviço; livros/revistas técnicas; resultados da investigação; conteúdos on-line; acesso aos recursos bibliográficos existentes no serviço; (experiência clínica) peritos, iniciados; métodos de trabalho; protocolos de serviço; influência da enfermeira/o chefe; condições arquitectónicas; rácio enfermeiro/cliente; orientação de estudantes em ensino clínico*.

Os participantes, em geral, utilizam os conhecimentos adquiridos ao longo da sua *formação de base* nas suas tomadas de decisão e isso reflecte-se na forma como decidem os cuidados que prestam. Os participantes iniciados referem-na em maior percentagem (70,6%) do que os participantes peritos, o que em nosso entender se deve ao facto da sua ainda diminuta experiência no campo das práticas clínicas.

O recurso aos conhecimentos adquiridos no *curso complemento de formação em enfermagem* por parte dos participantes peritos é referido de forma mais significativa, do que os conhecimentos do curso de base, o que vem alicerçar a importância deste tipo de formação académica ao longo do ciclo laboral. Esta toma especial importância neste conceito da tomada de decisão pelo nível de conhecimentos académicos que foram integrados pelos participantes peritos, que já tinha frequentado este tipo de formação.

Os conhecimentos adquiridos na *formação em serviço* como forma de fundamentação das tomadas de decisão são apenas relatada pelos participantes peritos. Esta discrepância é mais evidente fruto do ainda pouco tempo laboral por parte dos participantes iniciados.

A utilização de *Livros e Revistas Técnicas*, de forma a fundamentar a tomada de decisão é relatada de forma mais intensa por parte dos participantes peritos (57,9%). O que pode revelar algumas lacunas na formação académica dos participantes iniciados, em relação a este aspecto.

Os *resultados da investigação* e a forma como os seus resultados são utilizados na fundamentação da tomada de decisão, são pouco referidos pelos participantes, contribuindo com apenas de 8% do total da Categoria Formação Continua. Este facto é preocupante e no nosso entender revela as dificuldades que existem no terreno das práticas clínicas em aceder a este tipo de informação. Internacionalmente parece ficar demonstrado nos estudos que apresentamos que é necessário um esforço entre varias instituições (quer prestadoras de cuidados, quer de ensino) e de organizações sócio profissionais de forma a ultrapassar esta dicotomia entre a teoria e a prática (Dawes 2000; Mohider&King, 2003; Osborne et al, 2005; Melnyk, 2004:324; OE, 2006:34; Thompson et al, 2004).

Quanto à utilização dos *conteúdos on-line* percebemo-nos que não é um veículo utilizado de forma regular e sistemático pelos participantes deste estudo. Observamos que os participantes peritos relatam falta de conhecimentos em relação à sua utilização, em maior percentagem 54,5% do que os participantes iniciados. No entanto para os iniciados, recém formados esta percentagem é de 45,5%. Observaram-se ainda, algumas barreiras institucionais no acesso a este tipo de tecnologia, um dos participantes refere que “*aqui no hospital (serviço Publico) nós não temos muito essa facilidade (...) há a Internet mas não é acessível a todas as pessoas (EH24)*, em contra ciclo com as intenções governamentais que se asseguram com dinamizadores desta tecnologia nos “*serviços públicos e de relacionamento com o cidadão, suportados em novos canais e em novas plataformas tecnológicas*” (UMIC, 2003:54) e como agente de investimento no “*incentivos a actividades de investigação e desenvolvimento na área das novas tecnologias*” (UMIC, 2003:54).

No que se refere ao acesso dos *recursos bibliográfico do serviço*, embora que quase inexistentes, é mais utilizado pelos participantes iniciados de que os peritos.

Parece ter ficado demonstrado que os *níveis de experiência* dos peritos configuram-se como um recurso para os iniciados, no que se refere à fundamentação da sua tomada de decisão, facto este que é relatado quer pelos participantes peritos quer pelos participantes iniciados.

Os *métodos de trabalho* influenciam determinantemente a frequência da tomada de decisão. Os métodos de trabalho mais intimistas e que pressuponham menos tarefas predeterminadas, são um incremento nas tomadas de decisão.

No que se refere aos *protocolos de serviço* são um instrumento utilizado pelos participantes com maior ênfase pelos participantes iniciados (69,2%).

É unânime que quer os participantes peritos, quer os iniciados, não sentem de forma alguma a *influência da enfermeira chefe*, nas suas tomadas de decisão.

As *condições arquitectónicas* na opinião dos participantes deste estudo influenciam de forma determinante as suas tomadas de decisão, no sentido de adequação dos cuidados prestados aos doentes.

Os *Rácios enfermeiros/doentes* segundo a opinião dos participantes influenciam de forma significativa o tipo de cuidados prestados. Em rácios inferiores os métodos de trabalho utilizados são menos intimistas e mais assentes em tarefas, o que influencia negativamente as tomadas de decisão por parte dos participantes.

A *orientação e supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico*, reveste-se de especial importância no que se refere à tomada de decisão e leva os participantes peritos a terem maiores necessidades de pesquisa e de actualização em relação a conteúdos teóricos, que depois utilizam na prática clínica.

Algumas das conclusões enunciadas são suportadas por estudos e organizações profissionais nacionais e estrangeiras. No entanto são necessários mais estudos sobre esta matéria que ajudem a progredir o nível de conhecimento actual. Tal como nos trabalhos de Jesus (1999, 2004), Thompson et al (2003), Neves (2004), pensamos que os resultados têm implicações aos níveis da prestação de cuidados de enfermagem e da gestão, da formação de base e continua e da investigação. Como recomendações sugerimos que:

Ao nível da *prestação de cuidados de enfermagem e gestão*, devem ser criados mecanismos que facilitem as tomadas de decisão por parte dos enfermeiros.

É necessário difundir junto dos colegas da prática clínica os resultados da investigação recente nesta matéria, de forma a promover a reflexão e o desenvolvimento.

Capitalizar as questões relativas à formação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em projectos de desenvolvimento das práticas e não de uma forma sazonal (nos ensinos clínicos).

Alterar em termos legislativos o conteúdo funcional dos enfermeiros chefes e introduzir normas de actuação no apoio à tomada de decisão por parte dos enfermeiros que gerem.

Incrementar métodos de trabalho mais personalizados e intimistas, que privilegiem a comunicação, o contacto, o conhecimento aproximado com os clientes e que garantam o conhecimento das reais necessidades em matéria de cuidados.

Desenvolver projectos na área da utilização de meios electrónicos (Internet) de forma a ultrapassar a falta de formação neste meio de busca de conhecimento qualificado.

Criar nas instituições bibliotecas ou pontos de referência que contenham livros técnicos, revistas técnicas ou resultados da investigação e incentivar a sua utilização por parte dos enfermeiros.

Devem ser definidos modelos individuais de gestão de pessoal de enfermagem em cada serviço, com particular atenção na distribuição dos enfermeiros peritos e iniciados que compõem as equipas de trabalho e de dotações seguras de enfermeiros/clientes.

Desenvolver a implementação de uma linguagem comum para a prática de enfermagem, baseada na reflexão sobre as práticas, com especial foco no conhecimento das acções sobre as quais os enfermeiros exercem a sua tomada de decisão.

Implementar no terreno das práticas formas de comunicação terapêutica baseadas na relação interpessoal dos enfermeiros de cuidados gerais, clientes e conviventes, de forma a garantir a qualidade dos cuidados.

Ao nível da formação de base e formação continua:

Apoiar os enfermeiros das práticas de forma formativa e não punitiva em relação à tomada de decisão, fundamentada.

Adoptar projectos de ligação do conhecimento entre as Unidades de Investigação de Enfermagem, Escolas Superiores de Enfermagem (onde se produz a evidência científica sobre cuidados) e o terreno das práticas clínicas,

considerando, a reflexão das práticas e a formação em serviço que é feita actualmente como ponto de partida.

Na formação de base devem ser ensinadas de forma sistemática a utilização dos meios electrónicos e dos locais de evidência científica credíveis para a prática de enfermagem.

Aconselha-se a formação académica ao longo da vida laboral (em vários ciclos de formação), como forma do desenvolvimento desta matéria em discussão.

Direccionar a formação contínua nos locais de trabalho, para a aquisição de competências comunicacionais ao nível da relação com os clientes/conviventes e de outros profissionais que exercem funções nas organizações prestadoras de cuidados.

Em nosso entender ao nível da *Investigação*, é necessários estudar várias questões:

Que decisões são tomadas pelos enfermeiros de cuidados gerais na sua prática de cuidados? Como fundamentam os enfermeiros a sua tomada de decisão na prática de cuidados? – *Utilizando métodos de abordagem quantitativos.*

Qual o impacto das suas tomadas de decisão no percurso de vida dos clientes que cuidam? Que competências são utilizadas pelos enfermeiros na sua tomada de decisão? Que diferenças existem entre o que decidem os enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares? Que Padrões de Qualidade dos Cuidados são directamente influenciados pela tomada de decisão dos enfermeiros generalistas? Qual a percepção dos clientes sobre a tomada de decisão clínica de enfermagem? – *Utilizando métodos de abordagem qualitativos.*

BIBLIOGRAFIA

AIKEN, L. H. (2002), Superior Outcomes for Magnet Hospitals: The Evidence Base - Washington, DC: American Nurses Publishing, In Magnet Hospitals Revisited: Attraction and Retention of Professional Nurses, Margaret L. McClure and Ada Sue Hinshaw (eds.).

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; CHEUNG, R. B. (2003), Education levels of hospital nurses and patient mortality - JAMA: Journal of the American Medical Association, 290(12), p1-8.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, M. D. (2002), Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. Journal Quality in Health Care, 14(1), p5-13.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M. (2002a), Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction – JAMA: Journal of the American Medical Association, 288(16), p1987-1993.

AIKEN, L. H.; SLOANE, D. M.; LAKE, E. T. (1999), Organization and outcomes of inpatient AIDS care- Med Care, 37(8), p760-772.

ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES (AORN) (2005), Nurses Not Prepared to Use Research Findings - AORN Journal; Oct, 82(4); Health Module, p626.

BAILEY, J.T.; STEFFEN, S.M.; GROUT, J. W. (1980), The stress audit: identifying stressors of ICU nursing - Journal of Nursing Education, n°19, p15-25.

BAKALIS, N. A.; WATSON, R. (2005), Nurses decision-making in clinical practice- Nursing Standard, Feb 16-Feb 22, 19, 23; ProQuest Nursing Journals, pg. 33.

BARDIN, L. (1977), Análise de Conteúdo - Lisboa: Edições 70, p225.

BENNER, P. (1982), From Novice to Expert: The Growth of Nursing - American Journal of Nursing, March, p402-407.

BENNER, P. (1984), From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice - Menlo Park: California, Addison-Wesley.

BENNER, P. (2001), de Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática de Enfermagem (Edição comemorativa) – Coimbra, Quarteto Editora, ISBN – 972-8535-97-X.

BENNER, P.; TANNER, C. (1987), Clinical judgement: how expert nurses use intuition- American Journal of Nursing, January, p23-31.

BOGDAN, R.; BIKIN, S. (1994), Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos – Porto: Porto Editora.

BOZETT, F.W. (1991), Familles et maladies comportant un risque vital - Medsi/Mc. Graw-hill.

BURNARD, P. (1989), Developing critical ability in nurse education - Nurse Education Today, N°9, p271-275.

CABETE, D. G. (1997), De que é que nós temos medo?... À procura das razões que levam os enfermeiros a não tomarem a iniciativa de falar com os familiares dos doentes internados, na hora da visita - Trabalho de investigação apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil, Lisboa, Junho, p184.

CANADIAN NURSES ASSOCIATION (CNA) (2006), Decision-Making informed by high-quality data and analysis - The Canadian Nurse, May, 102, 5, ProQuest Nursing & Allied Health Source, Health Source database (Document ID: 1068820711), p21.

CARMO, H.; FERREIRA, M. M. (1998), Metodologia da Investigação - Guia para a auto - aprendizagem, Lisboa, Universidade Aberta, ISBN: 972-674-231-5, p353.

CARPENTER, D. R.; STREUBERT, H. J. (2002), Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista - Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, ISBN: 972-8383-29-0, p383.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M.M. (2005), Comunicação e o processo de enfermagem – São Paulo, Editora Manole Ltda, Associação Brasileira de Enfermagem – Secção São Paulo (ABEn – SP), In: A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem, ISBN: 85-204-2196-2.

CHALIFOUR, J. (2002), La relation d'aide en soin infirmiers: une perspective holistique-humaniste - Paris: Editions Lamarre.

CILISKA, D.; DICENSO, A.; CULLUM, N. (1999), Centres of evidence-based nursing: directions and challenges - Evidence-Based Nursing, 2, p102–104.

CIPE/ICNP® (2003), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão β2 – Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros, Gráfica 2000, Outubro, 2ª edição, ISBN: 972-98149-5-3.

CIPE® (2006), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 - Geneva, Copyright© by ICN – Internacional Council of Nurses, ISBN: 92-95040-36-8, Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, p82.

CLELAND, V.S. (1967), Effects of stress on thinking - American Journal of Nursing, January, p108-111.

COLLIÈRE, M. F. (1999), Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem - Lisboa: Lidel edições técnicas e Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses, p385.

COLLIÈRE, M. F. (2002), Cuidar a primeira arte da vida - Loures: Lusociência, p440.

CORCORAN-PERRY, S.A.; BUNGERT, B. (1992), Enhancing orthopaedic nurses' clinical decision making - Orthopaedic Nursing, 11(3), p64-70.

CULLUM, N. (1998), Evidence-based practice. Nursing Management, 5(3), p32-35.

D'ESPINEY, L. (Coord.); PAIVA, A.; NATIVIDADE, A.; FIGUEIREDO, M. B. F; BENTO, M. C. (2004), Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional. Grupos por Área de Conhecimento. Enfermagem – Lisboa, p32, Consultado em 10/10/2006: <http://www.aauav.pt/docs/Enfermagem.pdf>.

DAWES, B. S. G. (2000), Making joint commitments for decision making – Denver, AORN Journal, Association of Operating Room Nurses, Jul., Vol. 72, p14-15.

DICENSO, A.; CULLUM, N.; CILISKA, D. (1998), Implementing evidence-based nursing: some misconceptions [editorial] - Evidence-Based Nursing, Apr, 1, p38-40, Consultado em 06/03/2006: <http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/1/2/38>.

DULP (1999), Dicionário Universal de Língua Portuguesa - Lisboa, Texto Editora, 5ª Ed., p1653.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (2005), Carta dos Direitos do Doente Internado - Portugal: Ministério da Saúde, Consultado em 20/06/2005: <http://www.dgsaude.pt>.

ESTRELA, A. (1990), Teoria e prática de observação de classes: uma estratégia de formação de professores - Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, p493.

EVANS, D. (1990), Problems in the decision making process: a review - Intensive Care Nursing, nº6, p179-184.

FORTIN, M. F. (1999), O processo de investigação - Da concepção à realização - Loures, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas L^{da}, ISBN: 972-8383-10-X, p388.

FRASER, N. (2002), Building the foundations for primary nursing - Nursing Times, October, Vol. 98, Nº 41, Consultado em: <http://www.nursingtimes.net>.

FREDERICO, M.; LEITÃO, M. A. (2000), Princípios de administração para enfermeiros - Coimbra: Sinais Vitais, p192.

FULMER, T.; FOREMAN, M.D.; ZWICKER, C.D. (2003), Medication in older adults- In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, Zwicker DA, editor(s), Geriatric nursing protocols for best practice, 2nd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc, p207-28.

GARRETSON, S. (2004), Nurse to patient ratios in American health care - Nursing Standard, Dezembro, 15, p14-16.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1993), O inquérito: Teoria e prática - Oeiras, Celta Editora, 2 Ed.

GIBON, B. (1988), O stress nos familiares dos doentes - Nursing. Dezembro, nº11, p46-48.

GLANVILLE, I.; SCHRIM, V.; WINEMAN, N. M. (2000), Using evidence-based practice for managing clinical outcomes in advanced practice nursing - Journal of Nursing Care Quality, Oct, 15, 1, ProQuest Nursing Journals, p1.

GRAÇA, L. (2005), A Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros -A arte da enfermagem no séc. XVIII.- Lisboa, Luís Graça: Textos sobre saúde & trabalho, Consultado em 20/06/2005: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos173.html>.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. I. (2000), Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal - Lisboa, Luís Graça: Textos sobre saúde & trabalho, p19, Consultado em 20/06/2005: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos62.html>.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. I. (2004), Proto-história da Enfermagem em Portugal. I Parte - Lisboa, Luís Graça: Textos sobre saúde & trabalho, p6, Consultado em 20/06/2005: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos64.html>.

GULLICK, J. (2004), The effect of an organisational model on the standard of care - Nursing Times, Vol 100, Nº 10, March, Consultado em 20/06/2005: <http://www.nursingtimes.net>.

HAGBAGHERY, A. M.; SALSALI, M.; AHMADI, F. (2004), The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study - BMC Nursing 2004, April, 3(2), p1-11, Consultado em 14/09/2006: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/2>.

HEALTH PROFESSIONALS AND ALLIED EMPLOYEES (2002), What the Work Force Shortage is Costing U.S. Hospitals, Voluntary Hospital Association press release, Nov. 11.

HENDERSON, V. (1994), La naturaleza de la enfermería: Reflexiones 25 años después - Madrid: McGraw-hill- Interamericana de España, S.A., ISBN: 84-486-0062-2, p115.

HESBEEN, W. (1998), Qualidade em Enfermagem- pensamento e acção na perspectiva do cuidar - Loures: Lusociência - edições técnicas e científicas, Lda., p220.

HESBEEN, W. (2000), Cuidar no Hospital - Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-11-8, p122.

- HESBEEN, W. (2001), Qualidade em Enfermagem - Loures: Lusociência, 2001, p220.
- HONORÉ, B. (1992), Vers l'oeuvre de formation. L'ouverture à l'existence - Paris: L'Harmattan.
- HONORÉ, B. (2004), Cuidar: persistir em conjunto na existência - Loures: Lusociência, p290.
- HUCKABAY, L.; JAGLA, B. (1979), Nurses' stress factors in the intensive care unit - Journal of Nursing Administration, February, p21-26.
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2000), Code of ethics nurses - ICN, Geneva.
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2003a), An Implementation Model for the ICN Framework of competencies for the Generalist Nurse – Geneva, Copyright © by ICN – International Council of Nurses, ISBN: 92-95005-69-4, p30.
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2003b), ICN Framework of competencies for the Generalist Nurse- Report of Development Process and Consultation, Standards and Competencies Series – Geneva, Developed by: Alexander, M. F; Runciman, P. J..
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2006), Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de informação e acção - Geneva, Copyright© by ICN – International Council of Nurses, ISBN: 9295040449, Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros, DPI – Design, Produção Gráfica e Imagem, p82.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2002), Position statement on patient safety - Geneva, Switzerland: ICN.
- JESUS, É. (1999), A decisão Clínica de Enfermagem - Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- JESUS, É. (2004), Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem - Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

JOSEPH, D.H. (1985), Sex-role stereotype, self-concept, education and experience: do they influence decision-making? - International Journal of Nursing Studies, 22(1), p21-32.

KÈROUAC, S. (1996), El pensamiento enfermo - Barcelona: Masson, 1996, p166.

KIRK, J.; MILLER, M. L. (1986), Reliability and validity in qualitative research - Beverly Hills, CA: SAGE Publications.

LATIMER, J. (2005), Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem - Lisboa, Sesilto – Empresa Gráfica Lda., ISBN: 972-771-811-6, p260.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. (1984), Stress, Appraisal and Coping - Springer Publishing Company: New York.

LAZURE, H. (1994), Viver a relação de ajuda - Lisboa: Lusodidacta, p214.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (2005), Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas - Lisboa, Stória Editores, Lda., 2ª edição, ISBN: 972-771-737-3, p184.

MANTHEY, M. M. (1980), The Practice of Primary Nursing – Blackwell Scientific Publication, 1ª edição, ISBN – 0-86542-000-9, p96.

MARTINS, C. (2000), As necessidades dos familiares dos doentes oncológicos - Enfermagem Oncológica, N°15, Julho, p19-23.

MATOS, M. M. A. O. S. (2000), Impacto da doença na qualidade de vida da pessoa com sida: Perspectiva de enfermagem - Lisboa: Universidade Aberta, Dissertação de Mestrado de Comunicação em Saúde.

McDONALD, L. (2001), evidence-based nursing Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing - Evidence-Based Nursing, 4, p68-69, Consultado em 10/06/2006: <http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/4/3/68>.

MELNYK, B. M. (2004), Integrating Levels of Evidence into Clinical Decision Making, Pediatric Nursing, Pitman: Jul/Aug. Vol. 30, p323.

MENESES, M. T. P. N. C. (2004), Autonomia do Enfermeiro: Realidade ou Utopia - Lisboa: Pensar Enfermagem, Vol.8, Nº 2, p38-41.

MOGG, M. (2006), Advance care planning: The right to decide - Australian Nursing Journal, Mar, 13, 8, Health Module, p18.

MOHIDE, E. A; KING, B. (2003), Building a foundation for evidence-based practice: experiences in a tertiary hospital - Evidence-Based Nursing, 6, p100-103, Consultado em 10/06/2006: <http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/6/4/100>.

MULHALL, A. (1998), Nursing, research, and the evidence - Evidence-Based Nursing, 1, p4-6, Consultado em 10/06/2006: <http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/1/1/4>.

MUNHALL, P. L.; OILER, C. J. (1986), Nursing Research: A Qualitative Perspective – East Norwalk, Appleton-Century, Crofts, and ISBN: 0-8385-7048-8.

NEAVES, J. (1989), The relationship of locus of control of decision making in nursing students - Journal of Nursing Education, 29 (1), p12-17.

NEEDLEMAN, J.; BUERHAUS, P. (2003), Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action - International Journal for Quality in Health Care, 15(4), p275-277.

NEEDLEMAN, J.; BUERHAUS, P.; MATTKE, S. (2001), Nurse-staffing levels and patient outcomes in hospitals, Boston, Harvard School of Public Health, MA, Final report for Health Resources and Services Administration, Contract No. 230-99-0021.

NEEDLEMAN, J.; BUERHAUS, P.; MATTKE, S. (2002), Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals - N Engl J Med, 346(22), p1715-22.

NETO, L. M. V. A. (2003), Dez Questões Sobre o Modelo Comunicacional da Gestão Coordenada das Significações (CMM) - Pensar Enfermagem, Vol.7, Nº1, 1º Semestre.

NEVES, M. A. (2004), Intervenções de Enfermagem: Razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras - Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

NEVES, M. C. P.; PACHECO, S. (2004), Para uma Ética de Enfermagem – Coimbra, G.C. – Gráfica de Coimbra, Lda., ISBN: 972-603-326-8, p582.

NEWMAN, M.; PAPADOPOULOS, I.; MELIFONWU, R. (2000), Developing organisational systems and culture to support evidence-based practice: the experience of the Evidence-Based Ward Project - Evidence-Based Nursing, 3, p103-104, Consultado em 10/06/2006: <http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/3/4/103>.

NOONE, J. (2002), Concept analysis of decision making - Nursing Forum; Jul-Sep, Volume 37, nº 3; Health Module, p21-32.

NUNES, L. (2001), Direitos Humanos e necessidades em cuidados - Revista Ordem dos Enfermeiros, Nº4.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005), Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, ISBN 972-99646-0-2, p454.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2001), Código Deontológico do Enfermeiro - Capítulo VI- Secção II do Estatuto da Ordem, publicado em anexo ao Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2001a), Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem, p11.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2003), Competências do enfermeiro de cuidados gerais – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem, p24.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2004), Bolonha - Síntese da fundamentação e posição da Ordem dos Enfermeiros - Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, 15 de Novembro de 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2006), Tomada de posição sobre segurança do doente – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Documento elaborado pelo Conselho Jurisdicional da OE e aprovado na reunião do Conselho Directivo de 8 de Junho de

2006, p10, Consultado em 25/09/2006: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/TomadaPosio_segurancadoente\(1\).pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/TomadaPosio_segurancadoente(1).pdf).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2006a), Investigação em Enfermagem: Tomada de posição – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Conselho Directivo, p4, Consultado em 25/09/2006:<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/OEInvestigEnfermPosCDTomadadePosiacao2604.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2006b), Processo de Bolonha Posição da Ordem dos Enfermeiros – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Conselho Directivo (Conselho Directivo reunido a 22 de Março de 2006, na sequência da Assembleia-geral de 18 de Março), p4, Consultado em 25/09/2006: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Bolonha_PosOE_VFinal.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2006c), Dados Estatísticos 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Janeiro de 2006. Consultado em 25/10/2006:http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Estatisticas_00_05.pdf

OSBORNE, M.; DEWAR, A. (2005), Pain management decision-making by acute care psychiatric nurses - The Canadian Nurse; Jan, 101, 1; ProQuest Nursing Journals p10.

PACHECO, P.; OLIVA Â. S.; LOPES A.; (2005), Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende: memórias de um percurso - Lisboa, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende e Ensaious – Gabinete de Comunicação e Investigação Histórica, ISBN 972-99657-0-6, p223.

PACHECO, S. (2002), Cuidar a pessoa em fase terminal - Loures: Lusociência, 1ª Edição, p152.

PAIS, F. (2004), Enfermagem oncológica - Coimbra: Formasau, 1ª Edição, p228.

PARKER, C. B.; KEE, C. C.; MINICK, P.; (1999), Clinical decision-making processes in perioperative nursing – Denver, AORN Journal, Association of Operating Room Nurses, Jul., Vol. 70, p45.

PATTON, M.Q. (1990), Qualitative evaluation and research methods - Newbury Park, CA: Sage Publications, 2ª ed., ISBN: 0-8039-3779-2.

PEARCE, W. B. (1994), Interpersonal Communication: Making Social Worlds - New York: Harper Collins.

PEARCE, W. B.; LITTLEJOHN, S. (1997), Moral Conflict: When Social Worlds Collide – Thousand Oaks, CA: Sage.

PEARCE, W.B. (1989), Communication and the Human Condition – Illinois, Southern Illinois University Press.

PEARCE, W.B. (1999), Using CMM: The coordinated management of meaning - (s.L.). Revisit 7 Janeiro de 2004, Consultado em 20/01/2006:<http://www.pearceassociates.com>.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995), Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Porto Alegre, Artes Médicas, 3ª Ed., p391.

QUIVY, R.; CAMPENHOLDT, L. V. (2003), Manual de Investigação em Ciências Sociais - Trajectos, Lisboa, Gradiva- Publicações L^{da}, 3ªed, Depósito legal nº 202118/2003, p282.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) (2004a), Adult asthma care guidelines for nurses: promoting control of asthma - Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), Mar, p104.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) (2004b), Best practice guideline for the subcutaneous administration of insulin in adults with type 2 diabetes - Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), jun, p91.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) (2005), Nursing care of dyspnea: the 6th vital sign in individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) - Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), Mar., p136.

REPE (1996), Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro.

- RIBEIRO, L. R. (1995), Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral - Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- RICH, V.L.; RICH, A.R. (1987), Personality hardiness and burnout in female staff nurses - Journal of Nursing Scholarship, nº19, p63-66.
- ROYLE, J; BLYTHE, J. (1998), Promoting research utilisation in nursing: the role of the individual, organisation, and environment - Evidence-Based Nursing, 1, p71-72, Consultado em 20/06/2006: <http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/1/3/71>.
- RUSSEL, C.; GREGORY, D. M. (2003), Evaluation of qualitative research studies. Evidence-Based Nursing, 6, P36-40.
- RUTH-SAHD, L. A.; HENDY, H. M. (2005), Predictors of Novice Nurses' Use of Intuition to Guide Patient Care Decisions - Journal of Nursing Education; Oct, 44, 10, Health Module, p450- 458
- SALT, J. (1991), A participação da família no cuidar – Nursing, Fevereiro, ano 4, nº 37, p11-13
- SANTOS, T. S.; DUARTE, M. E.; SUBTIL, C. L. (2004), A declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem - Grupo de Trabalho para a Enfermagem, do CCISP, 25 de Novembro de 2004, p25, Consultado em 20/09/2006: http://www.ccisp.pt/Bolonha/Bolonha_Enfermagem_25_Novembro.doc
- SILVA, A. A. P. (2001), Sistemas de Informação Em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança – Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP) (2000), Desafios da enfermagem em cuidados paliativos - Loures: Lusociência, p237.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. (1998), *Basics of Qualitative Research. Thechniques and Procudures for Developing Grounded Theory* – London: Sage Publications, 2ª ed.
- THOMPSON, C. (1999), Qualitative research into nurse decision making: factors for consideration in theoretical sampling - Qualitative Health Research, Nov, 9(6), p15-28.

THOMPSON, C. (2001), JAN Forum: Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice - a response to Jean Harbison – York, Journal of Advanced Nursing, 35(1), Research Fellow & Head of Graduate School, Department of Health Studies, University of York, Blackwell Science Ltd, p134-137.

THOMPSON, C.; CULLUM, N. ;MCCAUGHAN, D.; PAULINE, T. S. (2004), Nurses, information use, and clinical decision making — the real world potential for evidence-based decisions in nursing - Evidence-Based Nursing, 7, p68-72, Consultado em 20/06/2006: <http://ebn.bmjournals.com/cgi/content/full/7/3/68>.

THOMPSON, C.; MCCAUGHAN, D.; CULLUM, N.; SHELDON, T.; THOMPSON, D.; MULHALL, A.; (2003), Nurses' Use Of Research Information In Clinical Decision Making: A Descriptive and Analytical Study – York, Final Report Presented To The NHS R&D Programme In Evaluating Methods, To Promote The Implementation Of R&D, Centre for Evidence Based Nursing, University of York, Consultado em 20/06/2006: <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/decrpt.pdf>.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, (2003), Public Health Service (2003) The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety - Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, Pub. No. 03-E024, ISSN 1530-440X.

ULRICH C.; SOEKEN K.; MILLER N.; (2003), Predictors of nurse practitioners' autonomy: Effects of organizational, ethic...- Journal of the American Academy of Nurse Practitioners – Jul, 15, 7, ProQuest Nursing Journals, p319.

UNIDADE DE MISSÃO INOVAÇÃO E CONHECIMENTO (UMIC) (2003), Iniciativa Nacional para a Banda Larga – Porto Salvo, Documento aprovado em Conselho de Ministros de 26 de Junho de 2003 (proposto pela UMIC) – Presidência do Conselho de Ministros, p106.

UNIVERSIDADE DE LISBOA (UL) (2004), Reunião da Comissão Científica do Senado: Acta nº4/2004 - Lisboa, Reitoria Universidade De Lisboa, (Deliberação n.º 82/2004).

UNRUH, L. (2003), Licensed nurse staffing and adverse outcomes in hospitals - Med Care, 41(1), p142-52.

VALA, J. (1986), A análise de conteúdo - Silva, A.S.; Pinto, J. M. (Ed.) – Metodologia das ciências sociais, Porto: Edições Afrontamento.

WAKEFIELD, M. (1992), Stress control for nurses - The Canadian Nurse, April, p24-25.

WATSON, J. (2002), Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem - Loures, Lusociência,p182.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000), Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe- Report on a WHO Conference, Munich, Germany, 15-17 June 2000, p42.

WRIGHT, S. G. (1993), Mi Paciente – Mi Enfermera: La práctica de la enfermería primaria – Barcelona, Ediciones Doyma, S.A., ISBN – 84-7592-522-7, p114.

LEGISLAÇÃO

PORTUGAL – Ministério do Reino - Diário do Governo - nº 248 de 4 de Novembro de 1903: Cria o Curso de parteiras professado na universidade de Coimbra e nas escolas Médico/Cirúrgicas de Lisboa e Porto. *In: Legislação referente ao Ensino de Enfermagem em Portugal - Arquivo Legislativo da Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.*

PORTUGAL – Direcção Geral de Saúde – Decreto n.º 13166: Estipulações regulamentares para o cumprimento imediato de diversas cláusulas da lei que rege os serviços de higiene pública. “Diário da República” 1º Semestre (1927) 163-166.

PORTUGAL - Ministério do Interior – Direcção Geral de Assistência – Decreto nº 20375: Aprova o quadro do pessoal da Misericórdia de Ponte de Lima, e bem assim os respectivos vencimentos anuais. “Diário da República” 2º Semestre (07 de Outubro de 1931) 666-667.

PORTUGAL – Ministério do Reino – Decreto de 5-XII-1936: Exige que as alunas do curso de parteiras apresentem comprovação de que sabem ler e escrever. *In: Legislação referente ao Ensino de Enfermagem em Portugal - Arquivo Legislativo da Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.*

PORTUGAL - Ministério do Interior – Sub-Secretário da Assistência Social – Decreto-Lei nº 32171: inseriu várias disposições atinentes a regular a actividade da profissão médica e estabeleceu as necessárias medidas para a repressão do exercício ilegal da medicina. “Diário da República” I Série (29 de Julho de 1942).

PORTUGAL - Ministério do Interior – Sub-Secretário da Assistência Social – Decreto nº 32612: Transforma e amplia a Escola de Enfermagem Artur Ravara de forma a dar completa execução aos fins previstos no nº 4563 e 19060. “Diário da República” I Série, Nº 302 (31 de Dezembro de 1942) 1711-1713.

PORTUGAL – Ministério do Interior – Decreto-Lei nº 36219: Reorganiza o ensino da enfermagem. (10 de Abril de 1947). *In: Legislação referente ao Ensino de Enfermagem em Portugal - Arquivo Legislativo da Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.*

PORTUGAL - Ministério do Interior – Decreto-Lei nº 38884: Regula o funcionamento dos cursos de enfermagem, serviço Social e administração Hospitalar. (23 de Agosto de 1952). *In: Legislação referente ao Ensino de Enfermagem em Portugal - Arquivo Legislativo da Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.*

PORTUGAL - Ministério da Saúde e da Assistência – Decreto-Lei nº 44633: Regula o provimento dos lugares de chefia de enfermagem dos serviços dependentes do Ministério. “Diário da República” I Série, N.º 237 (15 de Outubro de 1962) 1359 – 1362.

PORTUGAL - Ministério da Saúde e da Assistência – Portaria nº19221: Aprova a organização interna da Direcção-Geral dos Hospitais. “Diário da República” I Série, N.º 128 (5 de Junho de 1962) 785 – 788.

PORTUGAL - Ministério da Saúde e da Assistência – Decreto-Lei nº 44923: Dá nova redacção ao 4.º do artigo 3.º do decreto-lei nº 31913. “Diário da República” I Série, N.º 65 (18 de Março de 1963) 267 – 270.

PORTUGAL - Ministério da Saúde e Assistência – Decreto nº 46448: Introduce alterações ao Regulamento das escolas de Enfermagem, aprovado pelo Decreto nº 38885. “Diário da República” I Série, N.º 160 (20 de Julho de 1965) 1017 – 1024.

PORTUGAL - Ministério da Saúde e Assistência – Gabinete do Ministro – Portaria nº 22539: É criada, para funcionar em Lisboa, a Escola de Ensino e administração de Enfermagem. “Diário da República” I Série, N.º 49 (27 de Fevereiro de 1967).

PORTUGAL - Ministério da Saúde e da Assistência – Portaria nº 34/70: Aprova o regulamento Geral das Escolas de Enfermagem. “Diário da República” I Série, N.º11 (14 de Janeiro de 1970) 53 – 64.

PORTUGAL - Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa – Decreto-Lei nº 305/81: Aprova a Carreira de Enfermagem. “Diário da República” I Série, N.º261 (12 de Novembro de 1981) 2991 – 3006.

PORTUGAL - Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa - Decreto-Lei n.º 265/83: Cria em Lisboa, Porto e Coimbra Escolas de

Enfermagem Pós-Básicas. “Diário da República” Série I, N.º 136 (16 de Junho de 1983) 2134-2135.

PORTUGAL - Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 437/91: Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. “Diário da República” Série I-A, N.º 257 (08 de Novembro de 1991) 5723-5741.

PORTUGAL - Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 161/96: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. “Diário da República” Série I-A, N.º 205 (04 de Setembro de 1996) 2959-2962.

PORTUGAL - Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 104/98: Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. “Diário da República” ” I Série - A, N.º 93/98 (21 de Abril de 1998) 1739 – 1758.

PORTUGAL - Ministério da Saúde - Decreto-Lei n.º 412/98: Procede à reestruturação da Carreira de Enfermagem, instituída pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. “Diário da República” Série I-A, N.º 300 (30 DE Dezembro de 1998) 7257-7264.

PORTUGAL - Ministério da Educação - Decreto-Lei n.º 353/99: Aprova as regras gerais a que fica subordinado o ensino da Enfermagem no âmbito do Ensino Superior Politécnico, dando assim concretização às medidas previstas neste domínio na Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98. “Diário da República” I SÉRIE -A, N.º 206 (3 de Setembro de 1999) 6198 – 6021.

PORTUGAL - Ministério da Educação - Portaria n.º 799-E/99: Aprova o Regulamento Geral do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. “Diário da República” Série I-B, N.º 219 (Suplemento de 20 de Setembro de 1999) 6510 (3-7).

PORTUGAL - Ministério da Educação - Portaria n.º 799-F/99: Aprova o Regulamento Geral do Ano Complementar de Formação em Enfermagem. “Diário da República” Série I-B, N.º 219 (Suplemento de 20 de Setembro de 1999) 6510 (7-8).

PORTUGAL - Ministério da Educação - Portaria n.º 799-G/99: Cria o curso de licenciatura em Enfermagem num conjunto de escolas superiores de enfermagem públicas, autorizando-as, em consequência, a conferir o grau de licenciado em

Enfermagem. “Diário da República” Série I-B, N.º 219 (Suplemento de 20 de Setembro de 1999) 6510 (8).

PORTUGAL - Ministério da Educação - Portaria n.º 799-D/99: Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. “Diário da República” Série I-B, N.º 219 (Suplemento de 20 de Setembro de 1999) 6510 (2-3).

Anexos

Anexo I

Nº _____

Inquerito por Entrevista
I - GUIÃO DE ENTREVISTA

Questões:

1. Descreva duas situações em que tenha sentido que exerceu a Tomada de Decisão, durante a prestação de cuidados.
2. Descreva duas situações em que tenha sentido que não exerceu a Tomada de Decisão.
3. Em que é que baseou essas tomadas de decisão?

II - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

- a) Idade: _____ Anos
- b) Género: **i.** Masculino **ii.** Feminino
- c) Tempo de exercício profissional: _____ Anos.
- d) Serviço onde exerceu funções _____
- e) Tempo de exercício profissional no serviço actual: _____ Anos
- f) Tipo de Vínculo _____
- g) Formação académica:
 - i.** Bacharelato
 - ii.** Licenciatura
 - iii.** Mestrado
 - iv.** Outra: _____
- h) Método de trabalho utilizado no serviço actual:
 - i.** Individual/Responsável 8 Horas
 - ii.** Tarefa
 - iii.** Ao longo do internamento

Anexo II

Estimado colega(o),

No âmbito do VI Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde estou a realizar um estudo sobre a forma como as (os) enfermeiras (os), utilizam o instrumento da Tomada de Decisão Clínica de Enfermagem na sua prática de cuidados.

Assim, tenho os seguintes objectivos:

1. Entender o que decidem os enfermeiros perante os cuidados que prestam;
2. Perceber de que forma os enfermeiros fundamentam a sua tomada de decisão;
3. Levar os enfermeiros prestadores de cuidados gerais a reflectir sobre a sua tomada de decisão clínica de enfermagem.

Com a sua colaboração neste estudo está a contribuir para o desenvolvimento do tema em pesquisa.

Esta entrevista tem uma duração aproximada de 25 minutos e é totalmente anónima. A recolha e o tratamento dos dados segue escrupulosamente os mais elementares princípios éticos e de confidencialidade.

Por favor, responda apenas e unicamente segundo a sua realidade actual.

Agradeço antecipadamente a sua participação, pois as suas respostas irão contribuir para o enriquecimento deste estudo.

O meu obrigado por aceitar participar,

césar fonseca

Anexo III

ÁREA TEMÁTICA	TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Tomada de Decisão	<ul style="list-style-type: none"> • Função do Enfermeiro de Cuidados Gerais (A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções Autónomas (A) • Intervenções Interdependentes (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Decisão dos Enfermeiros (A) • Decisão de outros profissionais de saúde (B)
	<ul style="list-style-type: none"> • Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática Profissional, ética e legal (A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade (A) • Prática segundo a ética (B)
		<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Colheita de dados (A) • Planeamento (B) • Execução (C) • Avaliação (D)
		<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de cuidados (C) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de Saúde inter/profissionais (A) • Delegação e supervisão (B)

ÁREA TEMÁTICA	TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Tomada de Decisão	<ul style="list-style-type: none"> • A Satisfação do Cliente (C) 	<ul style="list-style-type: none"> • O respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente (A) • A procura constante da empatia nas interações com o cliente (B) • O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados (C) • O papel da família no processo de cuidados (D) • O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde (E) 	<ul style="list-style-type: none"> • O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados (A) • Não envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados (B)
	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentação da Tomada de Decisão (D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Formação Académica (A) • Formação Contínua (B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Base (A) • Curso Complemento de Formação em Enfermagem (B) • Formação em Serviço (A) • Livros/Revistas Técnicas (B) • Resultados da Investigação (C) • Conteúdos On-Line (D) • Acesso aos recursos bibliográficos existentes no serviço (E)
		<ul style="list-style-type: none"> • Experiência clínica (C) 	<ul style="list-style-type: none"> • Peritos (A) • Iniciados (B)
		<ul style="list-style-type: none"> • Recursos disponíveis (D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos de Trabalho (A) • Protocolos de Serviço (B) • Influência da Enfermeira/o Chefe (C) • Condições Arquitectónicas (D) • Rácio Enfermeiro/Cliente (E) • Orientação de estudantes em ensino clínico (F)

Anexo IV

ÁREA TEMÁTICA – TOMADA DE DECISÃO	Unidades de significação	Codificação
TEMA A - Função do Enfermeiro de Cuidados Gerais		
CATEGORIA A – INTERVENÇÕES AUTÓNOMAS		
Qualquer que seja a actividade em que nós desempenhamos a nossa função temos de tomar uma decisão (...) na actividade de vida, (...) respiração (...)	EA1	AA
(...) quando fazemos o acolhimento ao doente e à família (...)	EA8	AA
(...) no acolhimento em que de facto temos que decidir várias coisas.	EA12	AA
[no acolhimento] (...) temos que decidir e tomar decisões que vão desde aquilo que temos que informar, ao apoio que temos de dar à família, ao apoio que temos de dar ao doente, aquilo que temos de encaminhar para o médico (...)	EA13	AA
(...) na alimentação em que podemos ter uma intervenção autónoma (...)	EA2	AA
(...) cuidados autónomos (...) refiro a administração de alimentação por sonda naso/gástrica, (...)	EC4	AA
(...) tenho de tomar a decisão do horário em que lhe vou administrar a alimentação.	EC7	AA
(...) quando tem Nutrison em curso e tem indicação para fazer 1000ml dia e se por exemplo acaba os 500ml às 16h, avalio a estase e tomo a decisão de o doente fazer a pausa alimentar durante algumas horas e depois de colocar os restantes 500ml conforme eu entender.	EC8	AA
(...) nos cuidados de alimentação (...) Nós temos de ajudá-los a satisfazê-las, assim todos os dias, nós tomados essas decisões sem estar dependentes de outros profissionais ou mesmo de colegas.	EF3	AA
(...) tomei a decisão de (...) dar o pequeno-almoço a Sr. ^a (...)	EP12	AA

(...) nos cuidados de higiene, (...)	EB4	AA
(...) levei-o ao duche, foi uma decisão que realmente tomei e o doente foi ao duche.	EB7	AA
(...) nos cuidados de higiene eu tenho plena decisão e tenho mais facilidade em decidir na altura.	EB18	AA
(...) na actividade de vida higiene e conforto, (...)	ED4	AA
(...) os cuidados de higiene e conforto.	EF2	AA
(...) uma situação que posso referir é relativa aos cuidados de higiene (...)	EJ1	AA
(...) os cuidados de higiene (...)	EL1	AA
(...) uma decisão que tomei foi num turno (...) da manhã que cheguei e havia um doente que queria ir ao banho assistido (...)	EN1	AA
(...) decidi que o doente não ia ao banho (...)	EN8	AA
(...) nesse dia eu decidi que o doente (apesar de no dia anterior ter ido ao banho), não ia ao banho (...)	EN12	AA
(...) achei que ele tinha condições para ir ao banho assistido, mas no dia seguinte não tinha e decidi que o doente não ia.	EN46	AA
Uma situação muito importante num serviço de oncologia é a decisão (...) num doente terminal (...) sobre o tipo de cuidados de higiene e conforto se deve prestar (...)	EO4	AA
(...) prestar cuidados com alguma profundidade ou não relativamente à higiene diária ou à higiene que é necessária no momento (...)	EO5	AA
(...) eu tomo (...) decisões (...) nos cuidados de higiene que presto aos doentes (...)	EQ1	AA
(...) tenho alguma autonomia (...) para tomar decisões (...) por exemplo quanto ao banho do doente (...)	ER1	AA
(...) na minha prática diária existe uma situação em que eu faço a consulta de enfermagem ao doente com patologia do sono. Onde (...) a tomada de decisão é frequente (...)	EH1	AA
(...) eu tenho (...) autonomia para reencaminhar esses doentes e para dar alta ao doente da nossa consulta de enfermagem (...)	EH7	AA
(...) se o doente tem condições para ir ao WC (...) auto/cuidar-se ou se não tem.	EL2	AA
[o doente] (...) se tem condições para que seja feito o levante ou não. Isso é uma das situações que na nossa prática do dia a dia	EL4	AA

temos de ser nós a tomar decisões.		
(...) tinha levado um doente ao banho [porque ele tinha condições para ir ao banho] e no dia seguinte cheguei ao pé do doente e avaliei que realmente ele não estava em condições de para ir ao banho. (...)	EN6	AA
(...) fez o banho na cama e posteriormente fez o levante para o cadeirão, avaliou-se o doente que não estava bem (...)	EN9	AA
(...) hoje não vai, porque ele está (...) dispneico, está com uma farfalheira e acho que o doente não está em condições para ao WC e fez o banho na cama (...)	EN10	AA
Eu tomo decisões (...) no auto cuidado em relação a se o doente tem critérios para (...) se mobilizar até ao WC ou se tem critérios para ir só até aos lavabos ou mesmo se será junto ao leito, (...) um doente que parece independente mas por causa de problemas da patologia (...) por exemplo de tromboembolismo (...) será junto ao leito (...)	EM7	AA
(...) um doente que faz levante frequentemente (...) um dia está mais prostrado ou está mais agitado e eu decido não fazer levante porque acho que é melhor para ele (...)	ES1	AA
CATEGORIA B – INTERVENÇÕES INTERDEPENDENTES		
SUBCATEGORIA A – Decisão dos Enfermeiros		
(...) no transporte de um doente que é uma actividade interdependente (...)	EA4	ABA
(...) na administração de terapêutica é normal que tenhamos sempre que pensar e tomarmos uma decisão face ao cuidado que vamos prestar.	EA3	ABA
(...) na administração de um antibiótico.	EB1	ABA
(...) eu não administrei o antibiótico, falei posteriormente com o médico e chegou-se realmente à conclusão que o Sr. estava a ter uma reacção ao antibiótico, portanto tomei uma decisão, não administrar a medicação.	EB3	ABA
Em relação aos cuidados interdependentes, refiro a administração de insulina, (...)	EC1	ABA

(...) o doente tem febre e às vezes administro o paracetamol sem estar prescrito.	EE6	ABA
(...) costume tomar (...) decisões geralmente na prescrição e na administração de medicamentos (...)	EF4	ABA
(...) na administração de um anti/hipertensor (...)	EG1	ABA
Relativamente aos cuidados interdependentes (...) na administração da terapêutica.	EJ4	ABA
(...) o enfermeiro acaba por decidir em todos os procedimentos que realiza. Acaba por ter tomada de decisão (...) na administração da medicação (...)	EK22	ABA
[medicação prescrita] (...) por exemplo com os antibióticos, sabemos que têm de ser administrados e têm de ser iniciados o mais rapidamente possível.	EK23	ABA
[medicação em SOS] (...) vou ser eu (...) a decidir (...) e avaliar quando é necessário aquele tipo de medicação, a qualquer momento (...)	EL5	ABA
(...) temos várias vezes de tomar decisões (...) relativamente à administração de terapêutica prescrita (...)	EO1	ABA
(...) na administração de terapêutica em SOS (...)	EQ3	ABA
[terapêutica prescrita] (...) sou eu que tenho de tomar a decisão de qual será a mais acertada para tomar naquela altura e a frequência com que posso administrar (...)	EQ5	ABA
(...) em relação à terapêutica prescrita, (...)	ET2	ABA
[oxigenioterapia] (...) está dependente de uma prescrição médica, (...) mas eu sinto que tenho alguma permissão médica para poder tomar algumas decisões (...)	EF5	ABA
[tomada de decisão] (...) aumentar ou diminuir oxigénio, administrar inaladores em SOS, mesmo não estando prescritos naquele doente, muitas vezes resolve a situação (...) que na maior parte das vezes (...) é depois validada (...) pelo médico.	EF9	ABA
(...) se um doente entrado apresenta saturações baixas, automaticamente administramos oxigénio para que as saturações fiquem acima dos 90%.	EG3	ABA
(...) alterações do débito de oxigénio, aumentando e diminuindo, segundo determinadas situações. (...)	EM1	ABA

Eu tomo decisões (...) na alteração do débito de oxigénio, aumentando ou diminuindo conforme as situações.	EM6	ABA
(...) temos que tomar a decisão de qual a informação que temos de dar ao doente naquele momento.	EA9	ABA
Temos que tomar a decisão daquilo que vamos informar, até podíamos querer dar um conjunto de informações mas face à situação do doente e face à situação de ansiedade da família não vamos poder dizer tudo aquilo que queremos (...)	EA11	ABA
(...) eu estava a abordar o doente deparei-me com o momento certo, custou-me mas arranjei coragem e comuniquéi ao doente a (...) que ele não voltaria a andar (...)	EI12	ABA
(...) tomei a decisão de comunicar ao doente embora não seja frequente sermos nós a tomar essas decisões, achei que era importante e que seria melhor aceite uma vez que eu já tinha uma relação muito próxima com o doente para lhe comunicar tal facto.	EI13	ABA
(...) eu tinha uma doente que estava internada há cerca de um mês no serviço e estava algaliada (...) com uma foley (...) eu reparei que perfazia dez dias de internamento (...) fui confrontada com uma situação em que tinha de decidir se (...) teria de realgaliar ou não realgaliar a Sr. ^a (...)	EP1	ABA
(...) tomei a decisão de não realgaliar a Sr. ^a , desalgaliei-a não voltei a algaliar (...) esperando que a Sr. ^a urinasse espontaneamente (...). A Sr. ^a acabou por urinar espontaneamente (...)	EP7	ABA
(...) eu também tomo (...) decisões (...) em relação (...) à realização de pensos, (...) é uma situação em que eu tomo muito das vezes decisões em relação ao cuidado que devo ter em relação ao doente (...)	ET4	ABA
(...) um penso a uma ferida.	EE1	ABA
(...) temos bastante autonomia, relativamente às feridas e ao seu tratamento (...)	ER4	ABA
[tratamento de feridas] (...) é (...) uma área do auto cuidado que depende bastante de nós, se não até totalmente, na escolha de materiais e da (...) periodicidade do tratamento (...)	ER5	ABA

SUBCATEGORIA B - Decisão de outros profissionais de saúde		
(...) aquelas que estão mais ligadas com os diagnósticos e prognósticos dos doentes.	EA39	ABB
Outra situação poderá ser por exemplo na prescrição de medicação (...)	EA45	ABB
(...) a administração de medicação (...)	EC32	ABB
(...) quando eu perco mais as tomadas de decisão é quando as coisas estão prescritas se bem que possa ter a minha opinião (...)	ED26	ABB
(...) na administração da medicação que a doente tem prescrito o captopril (...) [terapêutica anti/hipertensora]	EE4	ABB
(...) as prescrições médicas (...) se está prescrito tenho de cumprir concordando ou não ou tendo diferentes pontos de vista tenho de me cingir pelas prescrições e fazer como está prescrito.	EE23	ABB
(...) na prescrição de analgésicos a horas certas (...)	EG15	ABB
(...) na medicação nomeadamente antibioterapia que o médico prescreve (...) apesar de nós acharmos que (...) o doente está a fazer um determinado antibiótico há não sei quanto tempo e continua com febre e com queixas, não melhora, não há uma tomada de decisão (...) nós não intervimos.	EH38	ABB
A administração de terapêutica, pois não cabe a nós prescrever mas sim administrar e o facto de ser uma rotina perde o interesse e a tomada de decisão (...)	EI33	ABB
(...) uma situações em que não tenha exercido a tomada de decisão (...) foi quando a urgência interna prescreveu medicação (...) e (...) eu cumpri a prescrição que estava feita, mas se eu tivesse tomado a decisão (...) não os teria feito.	EJ16	ABB
(...) durante a administração (...) da insulina (...)	EK1	ABB
Em relação à medicação que é prescrita ao doente (...)	EL23	ABB
(...) a tomada de decisão não esta muito presente na terapêutica (...) se calhar restringir-me um bocado, aquilo que está prescrito (...)	ER27	ABB
(...) não tomo absolutamente decisão nenhuma no que diz respeito há terapêutica, é uma coisa que esta instituída e muitas das	ET28	ABB

vezes é administrada sem qualquer tomada de decisão.		
[Ventilação não invasiva] (...) não exerço a tomada de decisão (...) quando passas pelas prescrições médicas (...) se está prescrito (...) Bipap duas horas de manhã duas horas à tarde e (...) há noite.	ED24	ABB
[Ventilação não invasiva] (...) continua-se a fazer (...) é um tipo de tratamento em que (...) não temos que tomamos decisões, temos que executar apesar de concordamos ou não.	EF34	ABB
Se fosse eu a decidir como já lhe disse não iniciava Ventilação não invasiva, mas o médico prescreveu e eu fui-lhe por o BIPAP (...)	EN62	ABB
[um doente em fase terminal] (...) o médico prescreveu e eu pus o BIPAP ao senhor. (...)	EN64	ABB
[Ventilação não invasiva] (...) eu perco a minha tomada de decisão porque no fundo sou obrigada a colocar-lhe o BIPAP (...)	EQ28	ABB
A preparação da medicação para os três turnos manhã, tarde e noite, (...)	EC30	ABB
(...) as rotinas do serviço, (...)	EC31	ABB
(...) avaliação dos sinais vitais, também tem um horário preestabelecido.	EC33	ABB
(...) na avaliação de sinais vitais em todos os turnos, embora nem toda a gente necessita-se de uma avaliação tão rotineira.	ER28	ABB
(...) avaliar sinais vitais de rotina a doentes que estão normo/tensos (...)	ES18	ABB
(...) não tenho sentido que exerci a tomada de decisão (...) na avaliação de temperatura, duas vezes por turno aos doentes (...) é um bocadinho desnecessário.	ET27	ABB
Outra situação em que eu verifico aqui no meu serviço (...) é o facto de quase todos os doentes terem pesquisa de glicemia (...)	EE24	ABB
(...) a pesquisa de glicemia, (...) sabemos pelos outros turnos (...) que o doente tem tido valores considerados normais e continuamos a fazer o BM teste ou a pesquisa de glicemia sem ser necessário.	EG17	ABB
(...) relativamente as glicemias capilares, doentes que estão normo/glicémicos há três ou quatro dias e tenho que os estar a picar	ES19	ABB

quatro vezes por dia.		
(...) um doente em fase terminal ou um doente em fim de vida (...)	EA40	ABB
[doente em fase terminal, oncológico] (...) em que lhe são pedidos exames complementares de diagnóstico, (...)	EB24	ABB
(...) no doente oncológico (...) em que são pedidos exames complementares de diagnóstico (...)	EH36	ABB
(...) quando o doente está em estado terminal (...) tem exames complementares de diagnóstico que não vão melhorar os cuidados e a qualidade de vida na morte.	EI34	ABB
[Exames complementares de diagnóstico] (...) eu não consigo impor a minha decisão e conseguir que o doente não vá fazer o exame. Não consigo impor muitas vezes tento dialogar mas não consigo impor.	EI35	ABB
[Exames complementares de diagnóstico] (...) na realização de exames, se está pedido pelo médico, tem de ser realizado, não depende da nossa tomada de decisão.	EK25	ABB
[Exames complementares de diagnóstico] (...) nos meios auxiliares, não decido o que deve ser feito ou não, porque não tomo decisão.	EL25	ABB
(...) não existe tomada de decisão (...) nos doentes em fase terminal que são muitas das vezes submetidos a exames invasivos (...)	EQ23	ABB
(...) a colheita de sangue num doente em fase terminal. Foi pedida uma colheita de sangue e o doente veio a falecer pouco depois.	EJ18	ABB
Uma das situações que não implicam a minha tomada de decisão, ou porque talvez não a possa tomar por ser prescrita (...) é por exemplo a necessidade ou a prescrição de entubar um doente que está em estado terminal.	EO23	ABB
(...) a algaliação (...)	EJ17	ABB
(...) não tomo decisões (...) quando escrevo ocorrências de doentes com vários internamentos em que não há alterações e estão internados muito tempo e não têm alterações significativas (...)	EM32	ABB
(...) em relação à nota de alta (...)	EM37	ABB

ÁREA TEMÁTICA – TOMADA DE DECISÃO	Unidades de significação	Codificação
TEMA B - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS		
CATEGORIA A - PRÁTICA PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL		
SUBCATEGORIA A – Responsabilidade		
(...) a responsabilidade da toma da medicação parte (...) de nós e às vezes se uma medicação não deve ser dada, nós temos que dizer não (...)	ED2	BAA
(...) se o doente está com a tensão arterial muito baixa eu não vou dar administrar um anti/hipertensor.	ED3	BAA
(...) se tem uma tensão relativamente baixa, não administro o medicamento, apesar de estar prescrito.	EE5	BAA
(...) nós avaliamos a tensão arterial e se tiver valores baixos ou seja uma hipotensão, autonomamente tomo a decisão de não administrar esse medicamento.	EG2	BAA
Tendo em conta a evolução clínica do doente se na altura da administração houver alguma contra-indicação por vezes tomo decisões de não administrar, fundamentando sempre.	EJ5	BAA
(...) no cumprimento do régimen terapêutico (...) temos que ter mais atenção se um doente recusa a toma do medicamento, nem sempre nós podemos dizer, não quer tomar não toma, temos que ter em consideração o estado mental dele.	ED19	BAA
(...) mas se for um doente que está um bocadinho fora de si, aí sim terei de recorrer a outros métodos para ele cumprir a terapêutica que é fundamental para a qualidade de vida dele.	ED21	BAA
Por exemplo na toma de medicação há doentes que recusam, num doente consciente e que esteja orientado, se não quer, não administramos.	EE12	BAA
[Ventilação Não Invasiva] (...) é importante (...) aqui referir que há certas preferências do doente que não podem ser tidas em	ET16	BAA

conta; estou-me a referir a um doente que faça BIPAP contínuo, que é uma coisa que o doente (...) pode não tolerar muito bem e se ele pedir para lhe retirar (...) temos de tentar explicar ao doente (...) que não pode retirar, mas a preferência do doente não pode ser tomada em conta.		
[Avaliação de Glicemia Capilar] (...) para que é que eu hei-de avaliar ou porque é que eu hei-de picar o doente quatro vezes por dia estando ele bem, é prejudicar, não é prejudicar, mas é saturar o doente (...)	ES20	BAA
Nas intervenções interdependentes muitas vezes eu posso até ter a minha opinião e tomar a minha decisão e posso colidir com a decisão dos outros membros da equipa multidisciplinar (...) posso sempre tomar a minha decisão e dizer qual é a minha opinião, mas não quer dizer que possa levar essa atitude para a frente pois tem a ver com outros profissionais de saúde.	EA28	BAA
(...) nós até podemos achar que aquele doente não beneficia nada com a introdução de uma determinada medicação até podemos dizer a nossa opinião, mas ficamos só por aí.	EA46	BAA
A nossa tomada de decisão é alertar o médico, porque achamos que aquela medicação não vai ajudar nada o doente não vai trazer qualquer tipo de benefício mas esbarramos mais uma vez naquilo que é o nosso campo de competências.	EA47	BAA
[terapêutica prescrita] E aí vão chocar com as competências de outros membros da equipa, outros técnicos e sentimos nessa altura que a nossa tomada de decisão é muito limitada (...) eu acho que nessas circunstâncias é realmente difícil e sentimos que não tomamos uma decisão clínica de enfermagem.	EA48	BAA
(...) eu na altura falei com ele e alertei-o [médico] para o que estava a acontecer e para o sofrimento da doente, (...) mas ele não desistiu e colocou a drenagem.	EB30	BAA
[Ventilação Não Invasiva] Na parte da (...) pneumologia oncológica, os médicos não têm esse tipo de intervenção (...) pois a ideia é não piorar ainda mais o sofrimento do doente; mas quando é prescrito por um clínico que esteja de urgência interna é uma prescrição como qualquer outra que apesar de não concordar terei de executar.	EO24	BAA
Uma outra situação que me marcou bastante foi a reanimação de um doente com fibrose que depois de muito tempo de reanimação foi considerado cadáver. Porém esta situação repete-se a seguir (...) e o corpo ao meu cuidado foi utilizado contra a minha vontade	EO26	BAA

para vários alunos realizarem entubação endo/traqueal (...) e expressei o meu sentimento (...)		
[Ventilação Não Invasiva] (...) os doente em fase terminal em que nós lhe queríamos proporcionar o máximo de bem-estar e de conforto possível, somos obrigados às vezes a infligir-lhe um sofrimento como por exemplo na colocação de um BIPAP (...)	EQ26	BAA
[Colonoscopia] (...) não posso decidir (...) não fazer a preparação ao doente.	EB26	BAA
[Colonoscopia] Fiz a preparação ao doente embora fosse contra aquilo que eu achava que deveria ser feito.	EB27	BAA
(...) ter um doente crónico estável e fazer balanço hídrico diário só porque é rotina, parece-me a mim um bocado confuso mas no entanto tive que o fazer, tal como instituir tratamentos agressivos a um doente sabendo que a melhoria já não é possível.	EF32	BAA
[Algaliação vesical] (...) não tive a capacidade de dizer não, o doente não está a fazer retenção, o doente esta a morrer para que é que lhe vou provocar mais este sofrimento (...)	EP42	BAA
[Algaliação vesical] Não tive esta capacidade de dar a volta a esta situação, de falar com a médica e expor o meu ponto de vista, de mostrar que naquele momento, o melhor para aquele doente não era ser algaliado.	EP43	BAA
[Exames complementares de diagnóstico] (...) eu acho que não trazem nenhum benefício para o próprio doente e nesse caso não posso ter qualquer tomada de decisão nesse assunto.	EQ24	BAA
[Exames complementares de diagnóstico] Eu não posso ter nenhuma tomada de decisão, mas acho que são procedimentos que provocam algum desconforto ao doente e (...) provoca-lhe mais desconforto do que benefícios.	EQ25	BAA
[doente em fase terminal] (...) sabemos que estamos a investir sem termos qualquer capacidade de trazer alguma qualidade de vida ao doente e nesse aspecto por muito que seja a minha vontade de tomar uma decisão sinto-me que um bocado reprimida.	EA42	BAA
Eu posso ter a minha opinião, até dizer a minha opinião no seio da equipa mas não é por isso que consigo tomar uma decisão face aquela situação que me está a preocupar (...) esta situação dos doentes em fase terminal (...)	EA43	BAA
(...) é uma situação que angustia os enfermeiros porque nós de facto não temos essa capacidade de tomar decisões que influenciem o trajecto de vida do doente (...) [doente terminal]	EA44	BAA
[Colonoscopia] (...) estava exausta e gritava [a doente] era insuportável ouvir os gritos dela (...) o médico continuou e colocou-lhe	EB29	BAA

a drenagem (...) a drenagem até estava noutra sitio junto ao fígado.		
[Exames complementares de diagnóstico] (...) na nossa perspectiva aquele exame em nada irá contribuir para a melhoria do doente; ele é exposto a um transporte, para ir a outro serviço, passa para macas desce de macas, é um desconforto, muitas vezes há chuva (...); todo este desconforto, na realização de exames são coisas que não vão beneficiar em nada o doente [em fase terminal] e nós não podemos dizer que não.	EH37	BAA
(...) no exemplo que dei dos cuidados interdependentes procuro sempre (...) tomar uma decisão que está correcta em relação à administração da terapêutica, procuro sempre valida-la [com uma colega mais velha] para ter mais certeza do procedimento.	EJ14	BAA
Portanto depois de eu tomar conhecimento de todos os aspectos que o preocupavam, de comunicar com ele conseguirmos, o apoio de psicóloga e psiquiatra (...) depois de contactados por mim (...)	EI3	BAA
(...) os nossos cuidados e a nossa opinião (...) são levados em conta e temos tido algumas situações em que se debate até que ponto é que se deve ou não continuar com tratamento invasivos a doentes terminais.	EF35	BAA
(...) conheço a dinâmica do hospital conheço os doentes, conheço a família e através das estruturas de apoio que existem conseguimos planear da melhor maneira e orientar esses doentes para satisfazer as necessidades que eles ainda apresentam.	EH13	BAA
[Consulta de ventilação não electiva] (...) eu faço essa avaliação e tomo a decisão consoante as estruturas de apoio do hospital (...)	EH11	BAA
[Consulta de ventilação não electiva] (...) ao longo da nossa entrevista em que eu me apercebo que o doente poderá ter outros problemas que não estão associados directamente ao problema respiratório da apneia do sono (...) podem (...) necessitar de apoio da psicóloga, ou precisarem de ser reencaminhados (...) para um serviço de reabilitação e reeducação funcional respiratória (...)	EH6	BAA
[Consulta de ventilação não electiva] (...) e reencaminha-lo para outra consulta de outra especialidade e voltar nomeadamente ao médico.	EH8	BAA
[ventilação não invasiva nos doentes terminais] (...) Por várias vezes fui confrontado com essas situações e em todas as que confrontei o outro técnico com a minha discordância e por nós termos algumas experiência neste tipo de doentes (...) penso ter	EO25	BAA

demovido o médico de urgência interna a alterar a sua decisão (...)		
SUBCATEGORIA B – Prática segundo a ética		
(...) nos doentes terminais quer seja de oncologia, quer seja de doença crónica já em fase terminal, muitas das vezes temos tomado muitas decisões em que se terminam as técnicas invasivas e se promove o conforto do doente.	EF37	BAB
(...) não sei se será no exemplo que descrevi em relação aos cuidados de higiene do doente terminal (...) ao seu conforto, na melhoria da sua qualidade de vida dos últimos minutos de vida, penso que a tomada de decisão se baseia muito nessas preferências.	EO16	BAB
(...) à medida que fui adquirindo maior experiência, existem aspectos a nível ético que nos fazem parar e pensar; nos fazem de certa forma não ficar inertes perante determinadas situações e tomar determinadas decisões que podem não ir ao encontro do que os médicos pensam, mas ao encontro do que é melhor para o doente e fazem-nos de certa forma intervir mais e discutir mais com eles no sentido de dialogarmos e encontrarmos uma melhor solução que não aquela que eles nos estão a propor.	EP30	BAB
(...) a minha opinião enquanto enfermeira seria muito mais a de tentar fazer com que aquele doente e família vivessem aquele processo que é tão doloroso (...) de uma forma a aliviarem o sofrimento e de uma forma paliativa (...)	EA41	BAB
(...) já aconteceu uma situação (...) o Sr. estava numa situação terminal e realmente aquele exame não iria adiantar de nada, e colocamo-lo em causa e acabou por ser suspenso (...)	EK26	BAB
[doente em fase terminal] (...) é uma prescrição médica mas nunca o faria se o pudesse evitar e não trouxesse benefícios para o doente, eu acho que estes doentes devem ter uma morte serena, calma com uma boa qualidade de vida, no pouco tempo que lhes resta.	EQ29	BAB
[entubar um cadáver] (...) insurgir-me contra a situação porque achei que não se tratava de um boneco, a situação repugnou-me e tive de me insurgir de modo a que aquilo acabasse o que viria a acontecer, pois na minha opinião o corpo teria de ser tratado com a dignidade que ele nos merece (...)	EO27	BAB

(...) não o facto de estarem a entubar o cadáver, mas a forma despreocupada e libertina sem qualquer respeito pela pessoa (...)	EO28	BAB
(...) numa fase que eles querem mais é estar sossegados e que o objectivo não é (...) provocar-lhe mais dor, mas sim pelo contrário, é provocar-lhe o maior bem-estar possível.	EP29	BAB
(...) eu acho que (...) há coisas que nós não devemos, ir contra a vontade dele [o doente] (...) muitas vezes o que eles querem vai contra tudo o que nós aprendemos (...) a defender muita das vezes a vida e muitas das vezes eles recusam-se a serem cuidados, (...) mas se calhar aí é melhor perceber em vez de querer contrariar, é melhor perceber o porquê dele não querer ser cuidado.	EP33	BAB
(...) nomeadamente uma colonoscopia que exige uma preparação bastante agressiva para o doente. Do meu ponto de vista é desnecessária, vai infligir ao doente imenso sofrimento, ele próprio diz que é muito dolorosa, a preparação para colonoscopia (...)	EB25	BAB
[doente em fase terminal] (...) a maior necessidade que ele tinha naquele momento era que o deixassem em paz e sossegado e estivesse essencialmente com o conforto dele e não a algaliá-lo (...) não tinha estado a urinar a manhã toda e possivelmente estava em anúria uma vez que não apresentava globo vesical e aquela algaliação ia ser um acto que para ele não iria aliviar em nada, pelo contrário só lhe ia provocar sofrimento.	EP44	BAB
[Ventilação não invasiva] (...) era um doente já em fase terminal e foi colocada mais uma máscara que se vai por na cara do doente, é mais um aparelho a fazer barulho aumenta-lhe bastante o sofrimento (...)	EN63	BAB
[Ventilação não invasiva] No dia a seguir tiraram o bipap ao doente, e disse que realmente o doente não tinha condições para BIPAP e que aquilo era só um prolongar da vida, que não ia melhorar a qualidade de vida, antes pelo contrário só ia ausar mais sofrimento ao doente.	EN66	BAB
[Ventilação Não Invasiva] (...) pergunto muitas vezes que benefício é que isto terá para o doente, o que é que ele irá beneficiar em estar num sofrimento tremendo com o aparelho colocado, que lhe vai prolongar a vida mas sem qualquer tipo de qualidade e questiono-me muitas das vezes acerca desta situação.	EQ27	BAB
CATEGORIA B- Prestação de cuidados		
SUBCATEGORIA A – Colheita de dados		
Temos que avaliar as necessidades que aquela família e que aquele doente têm naquele preciso momento, que para nós podiam ser	EA10	BBA

umas, mas para eles podem ser outras.		
No acolhimento temos que decidir e tomar decisões que vão desde aquilo que temos que informar, ao apoio que temos de dar à família, ao apoio que temos de dar ao doente, aquilo que temos de encaminhar para o médico (...)	EA13	BBA
Já existem contactos, já existe interacção entre o doente família e enfermeiro, o que facilita muito o trabalho.	EF29	BBA
É mais fácil colher dados porque temos outra à vontade tanto com o doente como com a família, vamos ganhando confiança (...) vamos estabelecendo laços (...) é muito mais fácil colher dados do que chegar ao pé de uma pessoa que praticamente não se conhece (...) e estar a colher dados ou a fazer ensinios.	EF30	BBA
Não me era facultada e também não estava tão alerta para ela, neste momento à uma série de informação que o doente e a família referem e os exames que o doente poderá trazer, para os quais eu neste momento consigo interpretar e tentar resolver a situação.	EH31	BBA
Falamos também com a família há todo um envolvimento da parte de enfermagem com estes doentes	EH33	BBA
(...) conhecer o doente e tentar ver as necessidades que ele ainda tem em relação à sua doença.	EH5	BBA
[Consulta de ventilação electiva] Estas tomadas de decisão... são tomadas de acordo com a entrevista que vai acontecendo ao longo da consulta (...)	EH9	BBA
[Consulta de ventilação electiva] (...) ao longo do nosso diálogo, vou avaliando, vou verificando as queixas que o doente tem e as necessidades que eles continuam a apresentar apesar de estarem a fazer o tratamento para a patologia da apneia do sono (...)	EH10	BBA
[Consulta de ventilação electiva] (...) assim que o doente entra nós fazemos a colheita de dados avaliamos as necessidades de ensino avaliamos as dificuldades do doente.	EH32	BBA
[Algaliação vesical] (...) um doente (...) com 40 anos, com patologia oncológica (...) estava internado e ficou após alguns dias (...) paraplégico e a partir daí os sentimentos de a revolta e não-aceitação da doença foram perfeitamente identificados neste doente (...)	EI8	BBA
(...) eu acho que sempre que o doente entra no internamento, deve ser identificado se tem ou não uma situação socio-económica difícil e se precisa ou não de cuidados quando tiver alta (...)	EI31	BBA
(...) um pouco de intuição (...) e pensar em várias coisas, mas também é preciso conhecer bem a pessoa que se está a cuidar.	EK3	BBA

(...) temos os doentes de oncologia (...) são doentes que na maior parte deles estão num estágio terminal da sua vida e nós conhecemos melhor (...) o estado do doente (...) que determinados clínicos que não o médico assistente do doente (...)	EN59	BBA
(...) uma Sr. ^a que era diabética, que fazia em casa anti diabéticos orais (...) e em internamento estava a ser administrado anti diabéticos orais conforme ela fazia no domicílio. (...) esta era uma Sr. ^a que periodicamente fazia hipoglicemias matinais contudo, tanto ao almoço como ao jantar fazia hiper glicemias superiores a 300 e mesmo a 400.	EP9	BBA
[as decisões que eu tomei] (...) basearam-se também no conhecimento da própria pessoa que eu tinha à minha frente.	EP16	BBA
[as decisões que eu tomei] (...) basearam-se também nos dados objectivos da própria situação, que se prendem com, no caso da Sr. ^a nos valores que tinha (...)	EP18	BBA
Tudo tem início em parte na colheita de dados, nós começamos quando o doente entra, uma das coisas que nós procuramos saber desde o princípio é um pouco da sua rotina, do que gosta, do que não gosta dos hábitos que ele tem, também para irmos ao encontro (...) não só das preferências dele mas também para que possamos planear os cuidados em função das mesmas.	EP34	BBA
(...) na administração da terapêutica em SOS, sou eu que tomo a decisão em relação há terapêutica que o doente esta a necessitar naquele momento consoante aquilo que observo e mediante as queixas que o doente refere.	EQ4	BBA
No serviço existe (...) quando o doente é uma folha de colheita de dados, folha de admissão, que tem espaço para exactamente, algumas coisas específicas do doente, como as suas preferências (...)	ER16	BBA
(...) claro que na altura não dá para recolhermos informação acerca de tudo, mas depois fala-se com o doente e ele próprio diz se gosta ou não gosta.	ER17	BBA
SUBCATEGORIA B – Planeamento		
[acompanhamento e transporte de um doente] (...) temos de definir muito bem aquilo que é necessário (...) num doente critico (...) se bem que o médico tem a responsabilidade, nós temos de tomar a decisão daquilo que temos de transportar (...)	EA5	BBB
[acompanhamento e transporte de um doente] (...) se houver algum tipo de complicação temos de saber (...) se temos tudo disponível em termos de garantir a segurança e qualquer intercorrência.	EA6	BBB

(...) em relação há alimentação não insistir na alimentação quando a pessoa está muito prostrada ou quando refere mesmo que não tem vontade de se alimentar.	EK4	BBB
Num doente com patologia oncológica (...) quando identifiquei uma situação em que um doente deixou de falar (...) não manifestava os sentimentos, nem a nós, nem há família, (...) levou-me a iniciar um processo de abordagem ao doente (...)	EI1	BBB
(...) Tinham sido prestados os cuidados de higiene junto ao leito, mas naquele dia achei que o Sr., já estava menos dispneico, e referia sentir-se melhor, com melhor tolerância ao cansaço e resolvi, combinei com ele (...)	EB6	BBB
(...) trouxemos o doente do banho para a sua enfermaria e ficou sentado na cadeira e referiu que se tinha sentido muito bem e que no dia seguinte queria ir novamente ao banho assistido e aí com as outras colegas e o próprio doente decidimos que no dia seguinte seria avaliada novamente a situação, se tivesse condições iria, se não tivesse não iria ao banho assistido.	EN5	BBB
(...) muitas vezes no início do internamento, nós recebemos doentes completamente dependentes (...) devido à dispneia (...) e então durante o período de internamento à partida irá caber-nos a nós, sempre com o doente e com aquilo que ele nos diz, avaliar até que ponto o doente pode evoluir e passar por exemplo de cuidados de higiene parciais para cuidados de higiene totais (...)	ER2	BBB
(...) sair por exemplo de um banho na cama ou junto ao leito, para ir à casa de banho com a bala de oxigénio para se poder autocuidar.	ER3	BBB
[(...) a Sr. ^a (...) que estava melhorada e que até se previa a alta dentro de uma semana.] Perante essa situação confrontei-me com a necessidade de realgaliar ou não realgaliar e decidi então que tendo em conta que a Sr. ^a iria ter alta dentro de uma semana e uma vez, que as situações devem ser programadas antecipadamente (...)	EP2	BBB
(...) a melhor opção seria não realgaliar a Sr. ^a , na tentativa de ver se conseguiria urinar espontaneamente.	EP3	BBB
Esta foi uma decisão que eu tomei e que, a par com o diálogo com os colegas na passagem de turno decidimos dar a ceia à Sr. ^a mais tarde para que ela não fizesse a hipo glicemia matinal, evitando-se a administração de glicose hiper tónica de manhã (...)	EP14	BBB
SUBCATEGORIA C – Execução		
(...) perante uma hiper/glicemia... mas tendo a noção de que a pessoa faz hipo/glicemias, administramos uma dose inferior ao que	EK2	BBC

está em protocolo.		
(...) aquela era uma Sr. ^a que eu conhecia muito bem, já estava a cuidar dela a vários dias, e tinha ocorrido uma situação anteriormente parecida mas com um valor ligeiramente mais alto, não chegava aos 80mg/dl de glicemia (...) e após ser dado o pequeno-almoço a situação reverteu (...)	EP11	BBC
[Ventilação Não Invasiva] Essas horas têm de ser cumpridas para melhorar a qualidade de vida dele, independentemente das horas a que eu ache que tenha que colocar (...)	ED25	BBC
(...) eu tenho autonomia para fazer e proceder à mudança desse ventilador, troco, sugiro e escrevo uma carta à empresa para proceder à mudança.	EH3	BBC
[Ventilação Não Invasiva] (...) eu procedo à mudança ou substituição do ventilador (...)	EH4	BBC
[Oxigenoterapia] (...) quando (...) o doente vai fazer um esforço e ele tem prescrito um litro, aumento o O2 para um litro e meio ou dois litros por minuto, avaliando sempre com oxímetro.	EM2	BBC
[Oxigenoterapia] Vai mobilizar-se à casa de banho, vai tomar um duche e ele às vezes não quer e diz que está cansado porque se calhar se for com um litro/minuto de O2 daqui ao duche, apresenta (...) saturações inferiores e se eu aumentar o oxigénio vai melhorar (...)	EM3	BBC
[Oxigenoterapia] Por exemplo em vez de O2 a um litro, aumentar para dois ou um e meio o doente possivelmente não vai sentir cansaço e vai agradecer porque conseguiu fazer mais uma tarefa que ele pensava que não conseguia.	EM5	BBC
(...) quando um doente tem oxigénio e por qualquer motivo começa a descompensar e as saturações baixam eu avalio as saturações e vejo que estão baixas e tenho que tomar a decisão de reverter a situação (...) posso-lhe aumentar o oxigénio, (...) tenho de decidir se lhe vou por uma máscara a 100% (...)	ES2	BBC
(...) quando me deparei com a ferida ela já estava completamente cicatrizada, no entanto o protocolo dizia para colocar inadine, lavagem com soro e colocar um penso oclusivo perante a situação eu optei por deixar a ferida ao ar livre visto que era uma ferida já cicatrizada e não havia necessidade de colocar o inadine.	EE2	BBC
(...) não tomei logo a decisão e coloquei a questão a uma enfermeira mais velha aqui no serviço, que me respondeu, tens razão mas	EE3	BBC

se está lá, fazes como diz no protocolo, no entanto optei por deixar ao ar livre.		
[notas de evolução] (...) estar numa enfermaria é um bocadinho diferente porque (...) se está numa intermédia a gente tem o doente sempre mais sob vigilância, dá para fazer uma descrição mais pormenorizada da situação,	EM34	BBC
[notas de evolução] (...) esses doentes estão cá as oito horas (...) e omitem-se determinadas coisas e escreve [notas de evolução] muito simples, por exemplo - doente sem grandes alterações e sem dificuldade respiratória (...)	EM33	BBC
[nota de alta] (...) na nota de alta é feita para todos os doentes, é uma coisa importante, (...) depois de terem alta não vão ter cuidados específicos de enfermagem e (...) acaba-se por fazer uma nota de alta quase médica em relação à patologia e em relação às terapêuticas que ele fez (...)	EM38	BBC
[nota de alta] (...) como ele (...) no domicílio não vai precisar de cuidados específicos de enfermagem (...) mas de qualquer maneira faz-se a nota de alta.	EM39	BBC
[algaliação vesical] (...) foi menos um acto de enfermagem que potenciou o risco de infecção (...) assim preparamos de certa forma a alta, em vez de desalgaliar na altura em que ela iria realmente para casa e não podendo vigiar de perto a evolução da situação (...)	EP8	BBC
(...) um doente que está hipotenso e faz um captopril 25mg de oito em oito horas, (...) terei em conta na administração da terapêutica (...) os parâmetros vitais do doente. (...)	ET3	BBC
(...) na maioria das vezes até me preocupo em avaliar a tensão arterial aos doentes que fazem hipo tensores, mas nem toda a medicação é anti-hiper tensiva e portanto é uma coisa que tenho ainda de ajustar e aprofundar.	ET29	BBC
(...) a auxiliar e outra colega achavam que o doente não tinha condições para ir ao banho assistido depois de conversarmos (...) concluí que realmente o doente tinha condições, porque o doente levantou-se bem da cama para a cadeira; agora temos uma cadeira que nós levamos à casa de banho e pomos directamente o doente da cama na cadeira e não precisamos de utilizar outro meio de transporte e assim o doente foi ao banho assistido (...)	EN2	BBC

SUBCATEGORIA D – Avaliação		
Ia administrar o antibiótico (...) e antes de administrar verifiquei que o doente tinha um certo eritema a nível da região cervical anterior. Perguntei-lhe se ele sentia algum prurido, algum sinal ou sintoma diferente aquando da administração de um antibiótico e o Sr. disse-me, que realmente nas administrações anteriores já tinha sentido um certo prurido ao nível do esófago (...)	EB2	BBD
(...) o doente na noite anterior tinha feito hipo/glicemia e na tarde (...) apresentava, a glicemia capilar correspondente à administração de 4 unidades de insulina actrapid, mas como na noite anterior tinha feito hipo/glicemia tomei a decisão de não (...) administrar (...)	EC3	BBD
(...) quase todos os doentes fazem um tipo de medicação que aumenta os níveis da glicemia, (...) essas pessoas ao fim de três, quatro, cinco, seis, sete dias de internamento têm sempre as pesquisas normais e estabilizadas e (...) continuamos a fazer a pesquisa porque está prescrito.	EE25	BBD
(...) avalia-se a situação no âmbito geral, os parâmetros vitais, a situação do doente para cada medicamento (...) os efeitos que a medicação poderá ter (...) no futuro (...) e toma-se essa decisão para administrar ou não a medicação (...)	EO2	BBD
Numa manhã que fiz fui confrontada com uma hipo glicemia da Sr. ^a de 68 mg/dl de glicemia (...) estava junto de uma outra colega que ao deparar-se com o valor, em questão (...) disse-me temos que dar glicose hipertónica, (...)	EP10	BBD
Ao longo do internamento nós conseguimos como que fazer um perfil deste doente e (...) percebemos como é que ele vai evoluir, com as tomadas de decisão que nós vamos fazendo, e nós conseguimos avaliar se foram eficazes ou não, se foram positivas ou não e conseguimos ter uma maior segurança quando ele tem alta, (...)	EH34	BBD
(...) conseguimos ter a noção se as tomadas de decisões foram as correcta (...) há uma continuidade (...) nós conseguimos avaliar no momento em que o doente tem alta, (...) se esses cuidados foram eficazes ou indicados para aquele doente.	EH35	BBD
(...) não consegui ter uma relação de doente profissional inicialmente porque ele não aceitava, estava mentalizado que iria melhorar e sairia do internamento a andar, o que não se verificou porque a situação dele só tinha tendência a agravar; portanto nesse momento teríamos que mentalizar o doente para iniciar um processo de adaptação à sua situação real (...)	EI9	BBD

(...) cada caso é um caso e por exemplo nós temos vários doentes com DPOC e a actuação é um bocadinho diferente (...) e temos que especificar o máximo possível e individualizar o máximo possível para podermos obter o melhor resultado, envolvendo as situações (...) sociais do doente e da família (...) e isso vai ajudar a uma recuperação mais rápida do doente e a uma melhor integração na comunidade.	EM22	BBD
(...) nós muitas vezes para tomarmos a decisão temos de avaliar a situação do doente.	EN3	BBD
(...) baseio essas minhas tomadas de decisão (...) na avaliação do doente nesse mesmo dia.	EN13	BBD
[baseio as minhas tomadas de decisão] (...) sobretudo na avaliação que é feita do doente nesse mesmo dia.	EN18	BBD
Avaliar é uma decisão e caso ele não seja capaz de ir ao WC sozinho (...) tenho de lhe prestar cuidados de higiene no leito (...)	EL3	BBD
A dependência dos doentes neste serviço é muito grande geralmente são doentes muito dependentes o que é limitativo em relação às tomadas de decisão (...)	EF26	BBD
(...) avaliamos a situação e verificamos que o doente tinha condições para ir ao banho assistido, foi ao banho assistido e tomou banho o que decorreu sem problemas (...)	EN4	BBD
[cuidados de higiene] (...) num doente com sudorese, com a dispneia muito acentuada temos que avaliar se vamos prejudicar ou melhorar a qualidade de vida desse doente.	EO6	BBD
(...) somos nós que avaliamos a condição em que o doente se encontra, se os cuidados de higiene têm de ser prestados no leito, se (...) as condições do doente permitem que (...) se cuide de uma forma autónoma ou se necessita da nossa ajuda ou supervisão para ir ao duche sozinho.	EQ2	BBD
[cuidados de higiene] Depende muito do risco e benefício se eu vejo que o doente está instável, mesmo que ele queira ir para o cadeirão, tomo a decisão de ele ficar na cama (...)	ES9	BBD
CATEGORIA C - GESTÃO DE CUIDADOS		
SUBCATEGORIA A – Cuidados de Saúde relações inter/profissionais		
(...) aqui há médicos que trabalham em equipa com o pessoal de enfermagem e as vezes comentam que vão colocar a medicação ao	EL24	BCA

doente em SOS, mas isso são só alguns e pontuais.		
(...) temos de tomar decisões e não podemos ficar só a pensar naquilo que o médico nos diz e sermos uns simples (...) “empregados do médico” (...)	EN19	BCA
(...) Ao tomarmos decisões baseadas (...) dá-nos mais autonomia (...) e assim, hoje temos mais autonomia do que tínhamos a uns tempos a atrás, onde ai éramos mais “empregados do médico”, mas ainda há alguns médicos que pensam que nos temos como papel sermos empregados deles no bom sentido da palavra (...)	EN20	BCA
[Ventilação não invasiva, num doente terminal] O médico viu o doente e deixou a indicação para se colocar o bipap ao doente; olhei para (...) o medico e disse-lhe: - Bipap Dr. (...) nestes doentes não se têm muito (...) o habito de se colocar Ventilação não invasiva, ou pelo menos os médicos assistentes do doente [,o oncologista]; (...) se fosse eu não lhe ponha o Bipap, mas como não sou eu que prescrevo a ventilação não invasiva, limito-me um pouco a actuar ainda como a “empregada do médico” porque, vou fazer aquilo que o médico manda, o Dr. quer o bipap, eu ponho-lhe o BIPAP.	EN61	BCA
[Ventilação Não Invasiva] (...) quando ia a sair encontrei o médico do doente que vinha a entrar e ele perguntou como tinha corrido a noite (...) expliquei-lhe que o doente tinha piorado e o colega da Urgência Interna prescreveu BIPAP; e respondi – limitamo-nos a cumprir o que o seu colega disse. Posteriormente ele referiu - a enfermeira não tem culpa ele mandaram e a enfermeira pôs, no entanto se cá temos estado um de nós não tínhamos posto o bipap no doente (...)	EN64	BCA
[administração de terapêutica] (...) são interdependentes e eu não tenho autonomia suficiente para decidir. Penso que tem de ser em consenso com outros membros da equipa.	EB20	BCA
(...) conversar com o médico e chegar a um acordo.	ED27	BCA
(...) nós (...) podemos muitas vezes fazer certas alterações de medicação, de débito de oxigénio, de ventilação não invasiva e se calhar tomamos essas decisões porque temos um relacionamento com a parte médica que nos dá alguma confiança, de parte a parte e podemos tomar essas decisões sem haver atritos (...)	EF6	BCA
(...) com os conhecimentos, que vamos adquirindo com a interação que temos com os médicos que nos vão muitas vezes... explicando os funcionamentos e o que se deve ou não deve fazer em cada situação, cria-nos alguma à vontade para tomar certas	EF8	BCA

decisões(...)		
Eu pessoalmente baseio-me muito no conhecimento que vou adquirindo no próprio serviço, na experiência, no dia a dia, perguntar essencialmente aos médicos ou colegas (...) como é que se deve actuar nas diferentes situações (...)	EF10	BCA
Tanto entre a equipa de enfermagem (...) como na equipa multidisciplinar (...) muitas vezes e perante as situações dos doentes, reunimos e discutimos (...) Até que ponto é benéfico ou viável para o doente manter tratamentos agressivos, (...)	EF36	BCA
(...) comuniquei à assistente social e posteriormente tentou-se dar apoio do centro de dia para o filho e (...) ao nível da pensão de reforma que poderia usufruir do marido (...)	EI6	BCA
Passou a ser seguido pelo centro de saúde da localidade os enfermeiros do apoio domiciliário foram contactados por mim via telefone e via acarta de alta de enfermagem e continuaram-lhe a dar o apoio devido.	EI7	BCA
(...) de forma a ele adquirir (...) conhecimentos com os enfermeiros e com o resto da equipa multidisciplinar para fazer o dia a dia quando ele tivesse alta.	EI10	BCA
[informar o doente de um mau prognóstico] (...) nenhum dos elementos da equipa nomeadamente os médicos conseguiram ou tiveram à vontade de comunicar ao doente e ficou decidido que qualquer um dos elementos da equipa multidisciplinar que identificasse o momento certo para comunicar a situação do doente o fizesse porque seria apoiada pela equipa.	EI11	BCA
[informar o doente de um mau prognóstico] Portanto achei que este momento não passa só pelos médicos e nós os enfermeiros temos um papel fundamental, nestas situações e acho que a decisão cabe à equipa e não cabe só a um elemento.	EI15	BCA
(...) na discussão com a equipa multidisciplinar, optamos conjuntamente com a família, (...) qual seria a melhor opção para o doente e eu acho que isto tudo é fruto de um amadurecimento gradual de toda a equipa.	EI29	BCA
(...) a articulação entre a equipa multidisciplinar quanto mais rápido se identificar a situação mais rápido nós conseguimos decidir de uma forma mais simples.	EI30	BCA
(...) há muitas situações que têm de ser decididas pelos enfermeiros porque são eles que estão as 24 horas no serviço e não os médicos (...)	EN22	BCA
(...) eu comecei a trabalhar num serviço em Santa Maria com o pessoal já de uma certa idade em que eu era a mais nova e não	EN37	BCA

queria interferir muitas vezes nos cuidados e na alteração de algumas normas do serviço; no entanto já ai nós decidíamos muitas vezes determinadas situações a apesar de tudo falávamos com os médicos e eles aceitavam e já nos davam alguma autonomia para nós decidirmos (...)		
(...) agora decidimos com muito mais a vontade do que há uns anos atrás e os próprios médicos também já nos encaram de outra forma (...) decidimos de uma forma mais fundamentada e diferente; muitas vezes há situações em que os médicos dizem Sr. enfermeira se vir determinadas situações pode decidir, decida sem problema (...)	EN39	BCA
(...) mas eles próprios dão-nos autonomia para nós decidirmos. [médicos]	EN40	BCA
[avaliação de glicemia capilar] (...) posso sugerir ao médico que pare ou então que ponha uma vez dia ou duas.	ES21	BCA
SUBCATEGORIA B – Delegação e supervisão		
[cuidados de higiene] (...) às vezes a gente sabe que a auxiliar quer adiantar serviço e pegam em situações dessas e isso faz com que se esteja sempre atento (...)	EM8	BCB
[cuidados de higiene] (...) a auxiliar até inclusivamente comentou, mas Sr. enfermeira ele ontem foi ao WC; e eu referi - mas ele hoje não tem condições para ir ao banho (...)	EN7	BCB

ÁREA TEMÁTICA – TOMADA DE DECISÃO	Unidades de significação	Codificação
TEMA C – A SATISFAÇÃO DO CLIENTE		
CATEGORIA A - O respeito pelas capacidades, crenças e valores e desejos da natureza individual do cliente		
É óbvio que as preferências do doente influenciam a minha tomada de decisão; o centro dos cuidados de enfermagem é o doente.	EA25	CA
[Cuidados de higiene] (...) é uma das situações em que eu tenho autonomia para decidir como é que eu os vou prestar e de acordo com aquilo que o doente quer.	EB5	CA
A preferência do doente é fundamental, o doente é o centro dos meus cuidados, e portanto, se possível desde que não ponha em risco a sua segurança, eu pretendo ir de encontro às suas preferências.	EB17	CA
O doente tem direito à escolha e tem direito a decidir (...)	EC20	CA
(...) tem direito à decisão após avaliadas as condições (...)	EC21	CA
(...) devemos seguir as preferências do doente, (...)	EC23	CA
(...) para tal penso que a preferência do doente está em primeiro lugar uma vez que ele tem direito à decisão.	EC25	CA
(...) devemos prestar os cuidados, conforme o doente precisa, de acordo com aquilo que o doente quer, com as suas necessidades e não (...) conforme as nossas necessidades e aquilo que nos dá mais jeito.	ED5	CA
(...) dentro das suas capacidades mentais (...) não devemos tomar uma decisão perante a pessoa sem o seu consentimento.	ED7	CA
(...) nos cuidados de higiene é muito mais fácil conseguir conciliar aquilo que o doente quer e aquilo (...) que deve ser feito.	ED17	CA
Saber o que é que ele prefere como é que ele quer (...) fazer de forma a que as necessidades dele sejam satisfeitas (...) é (...) mais fácil tomar em consideração a opinião deles nos cuidados de higiene (...) é mais fácil ter em consideração a opinião deles.	ED18	CA
(...) uma doente recusou-se a tomar um medicamento (...) estava perfeitamente consciente e sabia para que era um medicamento, (...) deste modo, está no direito dela (...)	ED20	CA

[cuidados de higiene] (...) é mais fácil (...) ter em consideração a preferência do doente, esse aspecto é sempre importante e em qualquer prática.	EE11	CA
(...) tentamos sempre adequar e ter em conta as preferências do doente não só para o seu bem estar físico, mas também psicológico (...)	EE13	CA
(...) a preferência do doente interfere muitas vezes na minha prestação de cuidados, sejam esses cuidados autónomos ou interdependentes.	EF19	CA
Se um doente (...) prefere oxigénio por Óculos Nasais (...) é claro que não vou colocar uma sonda nasal (...)	EF20	CA
(...) a preferência do doente é (...) um factor preponderante nas tomadas de decisão (...)	EG9	CA
Penso que em todos os casos tanto nos cuidados interdependentes, quer nos autónomos as preferências dos doentes contam.	EG11	CA
[cuidados de higiene] (...) tenho sempre em conta, nomeadamente a preferências do doente, se os prefere (...) com ajuda (...) se ele prefere que sejam realizados no leito (...)	EJ2	CA
(...) se o doente tem vontade de em se alimentar, eu vou incentiva-lo, mas se ele não tem e a família acredita que ele tem de se alimentar, eu acho que vou levar mais em consideração a vontade dele do que a da família. (...)	EK16	CA
(...) em outras situações como por exemplo em relação ao conforto eu levo bastante em consideração. [Preferência do doente]	EK17	CA
A família tem o seu papel (...) no entanto (...) eu acho que o que deve prevalecer é a vontade do doente (...)	EL15	CA
Prevalece mais a vontade do doente.	EL18	CA
O conhecimento das preferências do doente quando consciente (...)	EO14	CA
(...) eu acho que o doente tem sempre (...) o papel mais importante (...) está sempre presente a opinião do doente (...)	ER13	CA
CATEGORIA B - A procura constante da empatia nas interações com o cliente		
(...) à situações em que é mesmo impossível ter a preferência do doente, nessas situações uma pessoa tem necessariamente de contrariar e tentar explicar e dar a perceber a importância de determinados cuidados.	EE14	CB
(...) passou principalmente pela (...) conquista da confiança do doente, com pequenas palavras pequenas frase e nada de	EI2	CB

abordagens directas porque os doente fecham-se automaticamente nesse sentido.		
O facto de eu ter conseguido estabelecer uma relação aberta, respeitando o doente faz com que o próprio e a família confiem muito em mim.	EI24	CB
O ganho dessa confiança permite-me dizer determinados factos, eles aceitam-me pela minha personalidade pelo facto de eu os respeitar, eles também me respeitam e isso é muito importante na tomada de decisão.	EI25	CB
Criando uma relação empática com ele para que ele consiga expor (...) as suas vontades (...) e criar uma relação empática (...) para que o doente fique mais há vontade.	EL26	CB
(...) o feedback que os doente, me dão em relação às situações, estimula-los a aceitar melhor os cuidados que presto.	EM12	CB
(...) o feedback que recebemos dos próprios doentes. [Influência nas tomadas de decisão]	ER8	CB
(...) eu, em conjunto com os meus colegas, achamos que o melhor para o doente não será talvez o que ele quer, e assim, tentamos explicar e as pessoas mudam de opinião; às vezes não querem porque desconhecem, ou não sabem, ou têm medo e nos tentamos explicar (...)	ER14	CB
(...) apercebo que (...) o doente tem uma determinada preferência (...) pela relação que existe entre profissional, doente e também com a família (...)	ET17	CB
CATEGORIA C - O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados		
(...) nas intervenções autónomas sou eu que consigo orientar o meu trabalho e orientar as minhas intervenções com a parceria do doente.	EA27	CC
(...) sempre que possível (...) o doente me referir o que é que prefere ou em que medida é que ele gostaria de intervir nos cuidados prestados, tento sempre tomar as minhas decisões baseadas não só naquilo que o doente gostaria que lhe fizesse como também nas preferências da própria família (...)	EA26	CC
As rotinas, os banhos são todos no turno da manhã, no entanto (...) devemos tentar tornar as coisas um bocadinho mais, diferenciada para cada doente (...)	ED6	CC

(...) se (...) o doente não quiser fazer a higiene de manhã e preferir fazer à tarde penso que devemos dar essa preferência ao doente, se tivermos condições (...)	EC24	CC
(...) em relação aos cuidados interdependentes será mais difícil, mas (...) por exemplo na administração de medicação temos que obter o consentimento do doente e explicar-lhe a importância por exemplo da administração da insulina, qual é a importância da sua administração e se o doente recusar tentamos expor-lhe os benefícios, as vantagens e o que é que isso contribui para a evolução do seu tratamento e (...) assim, conseguiremos a colaboração do doente e a sua aceitação.	EC26	CC
Em relação aos cuidados interdependentes (...) tento conversar com o médico (...) não é correcto da minha parte estar a alterar essa prescrição vou ter sempre em atenção a preferência do doente (...)	EF22	CC
(...) conversar com o médico no sentido de ajustar o tratamento ou a medicação de forma a ir de encontro às preferências do doente sempre que possível.	EF23	CC
(...) na maioria das vezes a preferência do doente é prioritária (...) porque, o que nós queremos alcançar é a independência do doente, a melhoria do estado clínico e acho que nesse caso são raras as situações em que a nossa opinião e a do doente entram em conflito.	EG10	CC
(...) quanto à minha tomada de decisão e a preferência do doente, eu normalmente tento encontrar aqui um equilíbrio (...) tenho como princípio que o doente tem sempre razão (...)	EH26	CC
[Planeamento de alta] (...) ele foi embora para casa porque foi decisão do doente passar primeiro num centro de reabilitação durante uma semana e quando as obras foram concluídas foi para casa e viveu o resto dos seus dias na companhia dos seus filhos e esposa.	EI17	CC
[cuidados de higiene] (...) tento ter em conta (...) as preferências do doente (...) e também uma avaliação feita por mim na capacidade que o doente tem de realizar este cuidado de forma autónoma ou com auxílio.	EJ3	CC
[cuidados de higiene] (...) é feita a avaliação do doente e depois de avaliada a forma como ele é capaz de autonomamente se cuidar (...) mediante as hipóteses que nos restam procuro sempre a que mais agrada ao doente e à família.	EJ10	CC
Se o doente tem o hábito de tomar banho de dois em dois dias não vou ser eu que agora, vou alterar os seus hábitos, só porque está	EL14	CC

instituído no serviço que o doente tem de tomar banho todos os dias (...)		
Melhor do que ninguém o doente sabe o que está a viver e o que está a sentir naquele momento, se um doente me diz ontem tomei banho e hoje só quero lavar a cara, porque não, não é uma obrigação nem toda a gente toma banho todos os dias e nem toda a gente necessita disso (...)	EP32	CC
(...) não me parece que seja muito correcto impormos as nossas decisões ao doente, têm de sempre discutidas com ele, é o que eu tento fazer.	ER15	CC
Quando se conhece um doente de outros turnos e já estabelecemos uma certa interação com os doentes no sentido de conhecer as suas preferências é mais fácil (...) organizar o turno no sentido da melhor prestação e de uma maior eficácia na prestação de cuidados.	ET23	CC
CATEGORIA D – O papel da família no processo de cuidados		
SUBCATEGORIA A - O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados		
Tivemos (...) várias reuniões com a família porque o doente tinha dois filhos menores, a casa onde morava era no terceiro andar sem elevador e tivemos que mobilizar recursos para se realizarem remodelações na casa, (...) principalmente no quarto e na casa de banho.	EI16	CDA
Para ele [o doente] foi importante porque a família esteve presente nos momentos finais da vida dele. Acho que foi uma decisão muito difícil doeu-me, mas acho que estou satisfeita e sinto-me muito realizada na profissão por ter tomado esse decisão.	EI18	CDA
(...) o apoio à importância de integrar a família nos cuidados, porque cada vez mais os profissionais têm que estar mais abertos a essa oportunidade e disponibilidade total para sempre que possível o doente estar com o seu familiar.	EI22	CDA
[doente terminal] Uma vez conquistado o doente automaticamente a família confia mais em nós e conseguimos trabalhar todos os aspectos de uma forma mais rápida com a família, planeando os cuidados e dando as várias hipóteses de escolha que nós temos.	EI26	CDA
Eu acho que a vontade e a necessidade do doente e da família interferem bastante (...) nos meus cuidados e na minha tomada de	EK13	CDA

decisão.		
(...) a família por vezes tem a sua própria vontade e temos que avaliar, será que a família quer é o que o doente quer?	EL16	CDA
(...) hoje em dia também intervêm um bocado na nossa tomada de decisão, uma vez que se preconiza que a família deve estar mais presente nos cuidados e no apoio ao doente, eu por exemplo permito a permanência da família (...) ao pé do doente (...)	EN27	CDA
(...) outra situação em que procuramos ajudar e tomamos a decisão é quando um doente está em fase terminal e está para falecer no turno da Tarde ou da Noite e a família pede-nos se pode ficar com o doente e nós somos responsáveis pelo serviço nesse momento (...)	EN33	CDA
[permanência da família] (...) já temos autonomia para decidir se a enfermaria tiver as condições necessária deixamos, pelo menos um familiar (...)	EN34	CDA
(...) a opinião da família quando o doente já não está capaz de exprimir a sua vontade (...) interfere muito na nossa tomada de decisão (...)	EO15	CDA
(...) nós estamos aqui para cuidar do doente acima de tudo e devemos dar prevalência ao que a família deseja, mas essencialmente o que o doente quer e deseja, será o melhor para ele.	EP31	CDA
(...) o doente e família interferem bastante nos cuidados (...)	EQ14	CDA
(...) todos os cuidados que nós prestamos são baseados (...) naquilo que o doente e a família nos dizem e nós procedemos sempre a uma colheita de dados aquando da admissão do doente (...)	EQ15	CDA
[inclusão da família] (...) vai permitir elaborar um plano de cuidados e permitir também ajustar um pouco os nossos cuidados, à vontade do próprio doente e família (...)	EQ16	CDA
(...) se o doente está bem e prefere ir para o cadeirão e a família também, e se eu acho que tem condições, aí faço a vontade ao doente e à família (...)	ES11	CDA
(...) as preferências quer do doente, quer da família interferem de forma bastante (...) positiva na prestação de cuidados (...)	ET15	CDA
(...) é um triângulo (...) o profissional de saúde, família e doente, (...) é preciso estabelecer esse tipo de relação, que é a relação terapêutica, de forma a conseguir colmatar as necessidades de um doente.	ET18	CDA

SUBCATEGORIA B - Não envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados		
[presença da família] (...) muitas vezes o familiar vem e quer ver o doente e o médico diz que o familiar podia ver o doente, mas nós achamos que nessa altura não é o momento adequado para o familiar lá estar e pedimos às pessoas para saírem (...)	EN23	CDB
[presença da família] (...) muitas das vezes peço para a família sair porque somos nós que temos que prestar os cuidados ao doente, somos nós que (...) achamos se a família pode ou não pode, estar presente (...)	EN28	CDB
[presença da família] (...) doentes muito novos que gostam de ter a presença da família, (...) nós (...) pedimos às pessoas para saírem porque naquele momento não é o momento adequado para ficarem e algumas famílias não gostam (...)	EN30	CDB
[presença da família] (...) as famílias pensam que estão a fazer bem e depois no final nós vimos a concluir que as visitas não são adequadas, porque o próprio doente se queixa (...)	EN31	CDB
[presença de visitas] (...) eu tenho o cuidado de falar com a visita e dizer olhe veja lá ontem teve muita gente e o doente também se queixou que são muitas visitas e ele sente-se cansado. Hoje tentem não estar tanta gente presente junto do doente, pois nós deixamo-los estar presentes até mais tarde (...)	EN32	CDB
[presença de visitas] (...) deixamos ficar, desde que não interfira nem nos nossos cuidados, nem nos cuidados aos outros doentes e que saia sempre que seja necessário.	EN35	CDB
[presença de visitas] (...) disse às pessoas que duas podiam ficar porque vinham de longe e saíam as outras; não saíram estavam no corredor e como não me queria chatear mais deixei-as e não disse mais nada. Muitas vezes a minha decisão não influencia nada, foi nula; muitas vezes a nossa tomada de decisão não faz parte só de nós, mas das pessoas com quem estamos a falar que não aceitam muitas das vezes a nossa tomada de decisão. (...)	EN58	CDB
CATEGORIA E - O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde		
Sempre que essa decisão parte de mim, eu tento sempre ter em atenção o estado do doente e as suas necessidades (...) o que será	EF21	CE

menos incómodo para o doente.		
(...) consigo resolver e ultrapassar a necessidade e eu fico (...) com a certeza de que a tomada de decisão foi a melhor e que realmente é aquela que irá beneficiar o doente.	EH28	CE
[preparação da alta] (...) consegui falar com a família, saber quais eram as condições físicas e habitacionais (...) e quais eram as condições que tinham para o filho (...)	EI5	CE
[comunicar o diagnósticos] Inicialmente o doente revoltou-se ficou muito choroso mas depois disse-me obrigado por me teres dito a verdade.	EI14	CE
Se um doente prefere que seja a esposa a prestar os cuidados de higiene, nós temos de ter em conta essas preferências do doente e se por acaso essa situação for viável, temos que respeitar e promover essa situação.	ET19	CE
[Cuidados de higiene] (...) quando são os colegas homens com as doentes, elas às vezes não dizem que não querem, que seja eles a dar banhos, mas eles apercebem-se que a pessoa não se sente há vontade e que se está a tapar e vão-me chamar e as vezes nem é preciso a pessoa verbalizar.	ER18	CE
(...) eu tento avaliar com o doente o que é que ele gosta, o que é que ele prefere e de acordo com o que eu acho que é melhor para ele, tentamos encontrar ali um meio termo e uma solução óptima para resolver o problema de forma a que ele fique agradado (...)	EH27	CE

ÁREA TEMÁTICA – TOMADA DE DECISÃO	Unidades de significação	Codificação
TEMA D – FUNDAMENTAÇÃO DA TOMADA DE DECISÃO		
CATEGORIA A – FORMAÇÃO ACADÊMICA		
SUBCATEGORIA A – Curso de Base		
A tomada de decisão, é sem dúvida (...) baseada nos nossos conhecimentos que adquirimos ao longo do curso (...)	EA15	DAA
A minha decisão foi baseada naquilo que eu aprendi no meu curso (...)	EB8	DAA
(...) os conhecimentos que adquiri na escola (...) [curso de base]	EC5	DAA
(...) os conhecimentos que adquiri na escola, quer os teóricos, quer os práticos que adquiri ao longo dos estágios.	EC9	DAA
(...) a maior parte dos conhecimentos que eu tenho advêm do curso e do estudo que nós tivemos ao longo dos quatro anos (...)	ED10	DAA
(...) as tomadas de decisões baseiam-se no que aprendi na escola (...)	EE7	DAA
(...) baseio-me um pouco em estudos já consultados nomeadamente durante o meu curso de enfermagem (...) e os conteúdos que aprendi ao longo do curso.	EJ6	DAA
Na tomada de decisão baseio-me em conhecimentos científicos da faculdade, da leitura e também da prática profissional.	EK5	DAA
As minhas tomadas de decisão são baseadas em tudo o que eu aprendi no curso base como é óbvio (...)	EL6	DAA
Depois do curso deixei de consultar tanto, toda a bibliografia que eu tinha antes. Porque eu acho que no curso base é nos ensinado o básico (...)	EL8	DAA
(...) temos de fazer muita pesquisa e recorro também ao que pesquisei no curso de base e agora vou relembrando, vou buscar aqui e ali de acordo com o que eu tenho lá em casa e vou lendo (...)	EL9	DAA
Acento as minhas tomadas de decisão em conhecimentos teóricos que adquiri durante o curso (...)	EM9	DAA
Eu penso que estas tomadas de decisão são fundamentadas pelo conhecimento que vamos adquirindo ao longo do curso na parte	EO7	DAA

teórica, mas não se esgota só aí (...)		
(...) as decisões que eu tomei (...) foram baseadas na aprendizagem que eu fiz ao longo do curso relativamente às áreas em questão (...)	EP15	DAA
[as decisões que eu tomei (...) foram baseadas] No curso de base, da licenciatura.	EP19	DAA
As tomadas de decisão baseiam-se sobretudo e principalmente naquilo que vamos aprendendo na escola (...)	ER6	DAA
Em primeiro lugar pelos conhecimentos técnico/científicos que adquiri na escola (...)	ET6	DAA
SUBCATEGORIA B - Curso Complemento de Formação em Enfermagem		
(...) o complemento de formação foi uma forma de aumentarmos os nossos conhecimentos e progredirmos na nossa profissão (...)	EA20	DAB
(...) o facto de ter vindo o complemento, obriga as pessoas a ter que desenvolver trabalhos no âmbito académico.	EA22	DAB
(...) determinados trabalhos que se desenvolvem a nível do serviço, que não se teriam desenvolvido se não houvesse este complemento.	EA23	DAB
(...) outros cursos que eu tenho frequentado na área da formação em enfermagem, nomeadamente o curso de complemento de formação, (...)	EB13	DAB
(...) o complemento também foi uma mais valia (...) durante o complemento somos alertados para uma intervenção muito mais fundamentada, com bases científicas, somos estimulados a fazer formação e investigação que possa de alguma maneira enriquecer a nossa prática (...)	EH15	DAB
O facto de ter tirado o complemento de formação aviva (...) essa necessidade de nós procurarmos e investigarmos, o faz com que nós no nosso dia a dia, paremos um bocadinho e não façamos as coisas instintivamente, (...) porque cientificamente estão comprovadas e devem ser feitas de uma determinada maneira (...)	EH20	DAB
(...) apesar de ter 10 anos de carreira contribuí muito para as minhas tomadas de decisão, ter feito o complemento de formação em enfermagem há um ano (...)	EI19	DAB
(...) deparei com outras realidades apresentadas por outros colegas durante o complemento, os trabalhos de investigação e a	EI20	DAB

pesquisa feita para fazer o trabalho de investigação; a procura de novos conhecimentos, de novas dinâmicas de trabalho nos serviços levou-me principalmente a melhorar a tomada de decisão da minha prática.		
(...) a nossa autonomia também tem melhorado bastante, o complemento alertou-nos para isso uma vez que os professores falam muito que nós os enfermeiros temos de tomar decisões (...)	EN21	DAB
(...) os conhecimentos (...) do curso de complemento de formação.	EQ6	DAB
(...) com o complemento de formação em enfermagem, permitiu-me aprofundar alguns conhecimentos principalmente, na área onde estou a exercer funções neste momento, que é na área de oncologia (...)	EQ7	DAB
(...) utilizo os livros que adquiri enquanto fazia o complemento de formação.	EQ9	DAB
[Curso de Complemento de Formação em Enfermagem] (...) se não fossemos novamente para os bancos da escola, continuávamos a ter só os nossos comportamentos muito ligados à prática sem pensarmos muito na teoria.	EA31	DAB
Como nós sabemos a teoria e a prática estão intimamente ligadas e o facto de nós termos de voltar para a escola e pesquisarmos e lermos os trabalhos, faz-nos pensar em pequenas coisas do dia a dia da nossa prática, e que podem de facto ter mais substrato e as tomadas de decisão são sempre mais fundamentadas porque à uma forma de nós pensarmos muito ligado aquilo que é a justificação baseado na teoria.	EA32	DAB
[Curso de Complemento de Formação em Enfermagem] Ajudou-me essencialmente no sentido em que aprendi a reflectir; a necessidade de reflectir um pouco mais sobre aquilo que faço, foi no âmbito de fazer uma análise mais critica das coisas que faço e porque é que faço e assim, realmente consiga decidir de uma forma mais consistente (...)	EB14	DAB
O facto de ter feito o complemento aviva a experiência, faz-nos reflectir sobre as nossas actividades.	EH22	DAB
CATEGORIA B – FORMAÇÃO CONTINUA		
SUBCATEGORIA A - Formação em Serviço		
É a actualização que fazemos no nosso dia a dia porque a nossa profissão exige-nos que estejamos sempre actualizados (...)	EA16	DBA

A actualização continua é feita através da formação em serviço que pode ser uma arma para utilizarmos, (...) se acharmos que numa determinada área estamos com necessidades de formação.	EA18	DBA
(...) a formação em serviço pode ser uma forma de nos actualizarmos (...)	EA19	DBA
O facto de toda a equipa se interessar muito por se manter actualizada e a forma inovadora como se tem prosseguido com a formação em serviço (...)	EA36	DBA
[Fundamentação da tomada de decisão] Através da formação que eu tenho tido ao longo destes anos.	EH12	DBA
[Formação em serviço] (...) fazemos também formação e autoformação, para fundamentar a nossa autonomia e a nossa tomada de decisão que passa pela autoformação que eu tenho de fazer.	EH19	DBA
[Fundamentação da tomada de decisão] (...) nas actualizações que fazemos com a formação em serviço (...)	EM10	DBA
(...) o que fiz foi formação em geral e as formações em serviço no Hospital, (...) sempre que me advinha alguma dúvida tentava procurar, investigar (...) e tentava sedimentar conhecimentos nessas áreas.	EM14	DBB
SUBCATEGORIA B - Livros/Revistas Técnicas		
(...) se lermos revistas de enfermagem, também temos conhecimentos de determinados trabalhos que vão aparecendo (...)	EA24	DBB
(...) eu (...) leio revistas da área, nomeadamente a Sinais Vitais (...)	EB12	DBB
(...) em casa leio as enfermagem's Medico/Cirúrgicas, (...)	EC13	DBB
(...) faço a pesquisa de artigos e livros técnicos (...)	EF11	DBB
(...) da leitura de artigos e revista (...) vou à biblioteca da escola de enfermagem e tento fazer alguma investigação sobre tudo relacionada com os doentes respiratórios, também leio algumas revistas e alguns trabalhos; (...) Alguns trabalhos que falam sobre a qualidade de vida dos doentes respiratórios e trabalhos publicados em revistas inglesas (...)	EH18	DBB
Pelo facto de estar mais ligada à área de oncologia consulto livros fundamentalmente ligados a esta área (...)	EI21	DBB
(...) acabo, por ler alguma coisa (...) como livros de enfermagem (...)	EK8	DBB
Se tenho alguma dúvida vou consultar livros e sou capaz de fazer fichas [de leitura], trabalho assim em torno de uma dúvida que	EK9	DBB

tenho, em relação a uma situação de cuidados.		
(...) vou tentando ler as revistas que vão saindo (...)	EL10	DBB
(...) nos conhecimentos que tenho e nalgumas leitura que vou fazendo.	EN14	DBB
(...) a revista da Ordem que de vez em quando publica alguns trabalhos (...)	EN15	DBB
(...)a revista da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, a Pensar Enfermagem (...) que também tem alguns trabalhos e assim (...) procuro estar mais informada (...)	EN16	DBB
Essencialmente utilizo os livros que adquiri durante o curso (...)	EP20	DAA
(...) livros de forma geral e pesquiso quando tenho duvidas ou me deparo com uma situação nova que não sei ao certo (...)	EP21	DBB
Leio algumas revistas que me (...) ajudam a fundamentar as minhas tomadas de decisão, junto dos doentes.	EQ10	DBB
(...) livros técnicos, porque estudos não consulto, embora as vezes em livros haja alusões a alguns estudos, mas estudos só por si não, consulto mais livros técnicos.	ER8	DBB
(...) comprei agora um livro sobre doenças respiratórias e sobre pneumologia geral, consulto a médico cirúrgica (...) em e o guia farmacológico que comprei agora (...)	ES6	DBB
(...) recorro frequentemente a livros (...) científicos relacionados principalmente com o serviço onde estou incluída, a pneumologia (...)	ET8	DBB
(...) adquiri ainda a pouco tempo um livro e tenciono continuar a adquirir, porque são importantes e mesmo as revistas científicas também são muito importantes para fundamentar a minha tomada de decisão.	ET9	DBB
SUBCATEGORIA C - Resultados da Investigação		
[trabalhos científicos] quando fazemos um trabalho de investigação obriga-nos a pesquisar um grande leque de informação e é uma forma que nos ajuda a termos mais conhecimentos a estarmos mais aptos para tomarmos decisões.	EA21	DBC
Eu acho que o mais importante nas nossas tomadas de decisão tem haver com a teoria e estes (...) estudos (...) contam muito.	ED8	DBC
(...) sempre que há situações novas (...) há que recorrer a estudos científicos ou livros com base científica (...)	ED11	DBC

(...) Valorizar as nossas competências se bem que depois na prática do dia a dia, também nos falte um pouco o tempo. Para tentarmos fazer os tais trabalhos que possam ainda fundamentar muito mais a nossa intervenção e a nossa tomada de decisão.	EH16	DBC
Outra forma de fundamentarmos essas nossas tomadas de decisão (...) é através da leitura de trabalhos de investigação (...)	EH17	DBC
Baseio-me em bibliografia e em estudos (...)	ES3	DBC
SUBCATEGORIA D - Conteúdos On-Line		
On-line (...) não estou muito familiarizada com essas tecnologias (...)	EB15	DBD
Não tenho acesso e também não utilizo. Tenho falta de experiência nessa área.	EB16	DBD
Na Internet, não; (...) isso é um deficit próprio e eu tenho alguma dificuldade em utilizar computador Internet, meios informáticos.	EF12	DBD
Não, não utilizo. Aqui no hospital nós não temos muito essa facilidade (...) há a Internet mas não é acessível a todas as pessoas.	EH24	DBD
Não. Não utilizo porque em casa não tenho e também não tenho Internet no serviço.	EK12	DBD
[Internet] Não (...) sinceramente não.	EN25	DBD
Tenho dificuldades em aceder [à Internet] e outras vezes também porque (...) não se sabe o tempo que vou demorar e estamos sempre dependentes de situações, se for para consultar uma coisa rápida é mais fácil, se for uma coisa mais generalizada e quiser aprofundar um conhecimento (...) não sabe o tempo que vai demorar e estamos destacados para outras situações (...)	EM17	DBD
[Internet] Não infelizmente não.	EQ12	DBD
(...) não tenho a Internet (...) não tenho conhecimentos, formação adequada para essas pesquisas na Internet.	EQ13	DBD
Não utilizo a Internet muito frequentemente.	ER11	DBD
(...) os enfermeiros, neste momento (...) têm alguma dificuldade em (...) utilizar a Internet, que há disponível nos serviços, nos que há, acaba por ser barrada com códigos (...) que dificultam a sua utilização.	EH25	DBD
[Internet no serviço] Mesmo que eu quisesse procurar não tenho disponível.	EI23	DBD
Utilizo só em casa (...). Aqui no serviço não costumo, não tenho o hábito.	EJ8	DBD

[Internet] No meu serviço (...) não está disponível e também ainda não estou ainda habituada a esta nova tecnologia.	EN26	DBD
Não neste momento não. A falta de Internet no serviço é uma lacuna muito grande, porque se nós temos a necessidade de pesquisar conhecimentos, para tomarmos decisões em relação aos nossos doentes, por vezes há situação que são pontuais que uma pequena perda de tempo nesta pesquisa, seria um ganho para o doente.	EO13	DBD
[no serviço] Em termos de (...) de Internet não. Não, não existe.	EP27	DBD
A Internet, utilizo (...) quando tenho acesso a ela (...)	EL12	DBD
[Utilizo a Internet] (...) mais no domicílio aqui no serviço utilizo poucas vezes (...)	EM16	DBD
(...) também utilizo. [Internet]	ES7	DBD
Temos acesso a Internet, que também é uma coisa que é bastante facilitadora da tomada de decisão.	ET14	DBD
(...) ultimamente já vou consultando a Internet, só (...) nestes últimos 6 meses (...)	EM12	DBD
[sites de Internet] Algum site específico não sei, vou o google e pesquiso o que pretendo.	EC14	DBD
(...) há muita informação na Internet mas por vezes nem sempre com base científica (...)	ED12	DBD
(...) posso ir para casa e ter tempo para visualizar conhecimentos, pesquisar (...) na Internet (...).	EE10	DBB
[Internet] (...) há lá muita coisa que, não é fiável e temos de (...) discernir o que é que queremos e o que não queremos; há sites que vamos pesquisar porque temos mais confiança.	EL13	DBD
Normalmente eu (...) consulto o google (...)	EM15	DBD
Já utilizei mais do que agora eu acho que a Internet tem bons sites, mas também tem sites (...) não tão fidedignos que por vezes fico na dúvida; é preciso um bom conhecimento da área e em termos de funcionamento da Internet.	EP26	DBD
Site de referência não (...) vou ao Google e procuro (...) o que quero saber.	ES8	DBD
(...) também procuro muitas vezes na Internet artigos e sites em que possa muitas vezes fundamentar a minha tomada de decisão.	ET10	DBD
(...) normalmente busco e consulto vários sites.	EJ9	DBD

Não, Não. [site de referência]	EO12	DBD
Sim (...) por curiosidade (...) para ver determinada patologia, determinadas situações ou por mera curiosidade e não por pesquisa sistemática. [Internet]	EO11	DBD
Os que mais utilizo são os da Direcção Geral de Saúde e os da OMS. [sites mais utilizados]	ET11	DBD
SUBCATEGORIA E – Acesso aos recursos bibliográficos existentes no serviço		
Aqui no serviço existem poucos estudos (...)	EP24	DBB
[no serviço]. (...) alguns protocolos existentes, não temos qualquer tipo de livros ou revistas (...)	EQ11	DBB
(...) livros científicos não temos disponíveis no serviço (...)	ET12	DBB
(...) no serviço onde estou e outros por onde passei (...) há uma grande falta de apoio teórico, que nos possibilite fundamentar algumas situações.	EE19	DDB
(...) ao nível do serviço (...) seria mais facilitador termos mais estudos disponíveis, mais livros e revistas, seria facilitador na tomada de decisão, (...) em casa também não tenho muitos estudos (...)	EJ7	DDB
(...) uma bibliografia mais vasta ajudaria a aprofundar os conhecimentos e a fundamentar a minha tomada de decisão.	EJ12	DDB
[no serviço] (...) Não utilizo frequentemente estudos para fundamentar a minha prática.	EK10	DBC
(...) disponível para todo o pessoal não. Os estudos não estão disponíveis para todos; são efectuados mas não estão disponíveis.	EK11	DBC
[livros e revistas] No serviço a chefe disponibilizou agora, um armário que tem lá algumas coisas (...)	EL11	DBB
Em termos de medicação, todos os serviços têm o seu índice que pode ser consultado (...)	EE20	DDB
CATEGORIA C - EXPERIÊNCIA CLÍNICA		
SUBCATEGORIA A – Peritos		
(...) no curso por mais que a gente tente saber, é com a nossa experiência que aprendemos.	EA17	DCA

(...) não tinha conhecimentos suficientes do curso de base; não me deu esses conhecimentos e depois a experiência e a actualização constante.	EB 11	DCA
Estas tomadas de decisão têm a ver com a experiência que vamos adquirindo ao longo do tempo, (...)	EF7	DCA
Não (...) tomava decisões como tomava hoje, quando comecei a trabalhar nesta área e acabei o curso, por exemplo tinha dificuldades em interpretar uma gasometria (...) era o mesmo que não ver nada, não compreendia, não conseguia compreender os valores.	EF14	DCA
Sinto-me mais à vontade ao olhar para um doente, do que me sentia há oito anos atrás quando acabei o curso e comecei a trabalhar, tenho mais conhecimentos, adquiri mais experiência e (...) aprendi com o tempo.	EF15	DCA
[com a teoria] (...) fazemos a adaptação à experiência, relacionamos os conhecimentos e acho que isso sedimenta muito [tomada de decisão] porque cada doente é um caso (...)	EM18	DCA
(...) estudamos uma patologia (...) mas sabemos que funciona de uma determinada maneira para um doente e de outra forma para outro e é nesta diferença que a experiência contar muito.	EM19	DCA
Penso que (...) a gente (...) inicialmente não tinha tanta segurança (...) sabia que a teoria era assim mas depois faltava (...) a reacção do doente perante uma determinada situação (...)	EM20	DCA
A Minha experiência profissional ou pessoal, tem vindo a alterar muito, porque quando eu iniciei o curso era completamente diferente; [à dezasseis anos] nessa altura (...) a nossa tomada de decisão era muito restrita, nós tínhamos medo em decidir, ainda tínhamos aquela ideia que a enfermeira era a ajudante do médico.	EN36	DCA
(...) é muito importante a nossa prática diária, a experiência profissional ao fim de algum tempo conseguimos avaliar mais facilmente a nossa tomada de decisão e executá-la.	EO8	DCA
(...) a experiência é muito importante obviamente que as decisões que eu tomo hoje em dia não são as que eu tomava quando comecei o curso porque a experiência também nos vai ensinando, bem como a formação que vamos adquirindo (...)	EQ17	DCA
[a experiência] (...) Altera em muito a minha tomada de decisão; se eu no início pela insegurança não tomava uma decisão, tinha algum receio de poder ser mal interpretada ou não tinha uma base suficiente, com o adquirir da experiência e da prática no terreno	EA29	DCA

sentimos (...) que sabemos argumentar, muito melhor aquilo que estamos a decidir, (...) sentimos maior segurança.		
Acho que a experiência ajuda-nos a tomar decisões mesmo que sejam difíceis para actuarmos de acordo com a nossa maneira de ser e estar.	EA30	DCA
(...) quando eu iniciei a minha actividade profissional, não teria tomado aquela decisão da forma rápida como eu tomei agora (...)	EB10	DCA
A experiência facilita as minhas tomadas decisão (...) na medida em que sinto mais confiança, (...)	EF16	DCA
(...) a experiência adquirida já é alguma, uma pessoa sente-se muito mais à vontade e percebe o que está a fazer.	EF18	DCA
(...) ao longo dos meus anos de actividade profissional fui desenvolvendo algumas capacidades, fui armazenando informação que neste momento me permite tomar decisões com segurança, com confiança de que estou a tomar a decisão certa.	EH29	DCA
[experiência adquirida] Mas isso prende-se com o facto de (...) eu valorizar, outro tipo de informação que (...) até a alguns anos atrás não valorizava.	EH30	DCA
As tomadas de decisão na minha prática diária foi uma coisa que foi conquistada (...) ao longo dos meus anos como enfermeira (...)	EH14	BCB
(...) após 8 anos de profissão, estou mais madura na tomada de decisões.	EI27	DCA
(...) eu tomo decisões ao fim destes últimos 8 anos de forma mais ponderada, digamos que primeiro analiso a situação do doente e família (...)	EI28	DCA
[fundamentação da tomada de decisão] (...) a experiência que tenho adquirido durante este tempo todo (...)	EM11	DCA
(...) era falta de confiança, (...) agora, (...) temos mais conhecimentos, temos mais experiência e penso que é mais fácil tomar decisões e estar com confiança no que fazemos.	EM21	DCA
[fundamentação da tomada de decisão] (...) eu penso que é na experiência do dia a dia (...) nos anos de trabalho (...)	EN17	DCA
(...) ao longo dos anos tem vindo a evoluir e a experiência profissional, as mudanças que surgem levam a que nós tomemos decisões com mais facilidade (...)	EN38	DCA
A experiência como disse no início da entrevista é de facto muito importante na tomada de decisões; por vezes podemos cair no erro de por termos mais experiência facilitarmos a nossa tomada de decisão.	EO17	DCA

[com a minha experiência] (...) consigo fundamentar melhor as minhas tomadas de decisão, quer perante a equipa de enfermagem, quer perante as outras equipas (a equipa médica e outras equipas).	EQ18	DCA
O que se tem passado ao longo dos anos é que fui aprendendo e fui também tentando passar esses conhecimentos aos colegas. (...) colegas que eu vou integrar neste serviço partem à partida com mais conhecimentos do que eu quando cheguei a esta área.	EF14	DCA
(...) muitas vezes tenho de decidir, ou ajudar o colega a decidir pelo doente que não está à minha responsabilidade, por ser mais velha e ter mais experiência que os colegas (...)	EN48	DCA
[enfermeiros] (...) os mais velhos são experientes só que (...) têm outras limitações e vêm pedir ajuda; decide lá tu se o doente vai ao banho.	EN50	DCA
Eu explico (...) nós vamos decidir entre todos e vamos ver se o doente tem condições para ir ao banho ou se não tem.	EN51	DCA
SUBCATEGORIA B – Iniciados		
(...) a experiência é um dos factores mais importante (...) ter autonomia e conseguir tomar decisões conscientes (...)	EE15	DCB
(...) no entanto penso que apesar de não ter grande experiência baseio-me muitas vezes, naquilo que vi e que sei, para agir de determinada maneira e tomar decisões, (...)	EE16	DCB
(...) experiência é um factor determinante na tomada de decisão (...).	EE18	DCB
[fundamentação da tomada de decisão] (...) a minha experiência é muito pouca (...) só há seis meses é que exerço funções como profissional, toda a minha experiência vem do meu curso, (...)	EG4	DCB
(...) acho que a experiência em campo é mais enriquecedora do que a experiência teórica, porque acho que a teoria (...) do meu curso (...) nos é dada muito em bruto (...)	EG7	DCB
[fundamentação da tomada de decisão] (...) das coisas que leio, do que investigo do que procuro e agora da minha experiência, que vou tendo na minha prática diária.	EL7	DCB
[fundamentação da tomada de decisão] (...) pela experiência pessoal que apesar de ser pouca e pequena já está em construção.	ET7	DCB

(...) eu tive (...) no princípio da minha actividade profissional, (...) um doente em estado terminal (...) nós chamamos a urgência [médico de urgência]. Para além da medicação de urgência que ele fez (...) a médica de urgência prescreveu uma algaliação (...) a minha experiência ainda era pouca vínhamos com a ideia de que aquilo que o médico diz é para ser feito (...)	EP41	DCB
[a experiência] Tem vindo a influenciar bastante, houve uma situação (...) que decorreu comigo, em que se fosse hoje teria tomado (...) uma decisão que não foi tomada; (...) aqui no serviço há doentes que estão em fase terminal e em determinadas situações há médicos (...) que solicitam (...) algaliações.	EP28	BAA
(...) em enumeras situações não me sinto completamente à vontade e em noutra não sinto à vontade necessária para tomar decisões (...)	ER19	DCB
Nesta fase relativamente à tomada de decisão ainda me sinto bastante insegurança.	ER21	DCB
Como eu ainda estou cá há pouco tempo e acabei o curso há pouco tempo, ainda me sinto um pouco insegura, não me sinto minimamente a vontade para alterar as rotinas do serviço, não concordo com tudo mas ainda não me sito à vontade.	ER29	DCB
(...) a minha experiência de aproximadamente seis meses, (...) tem as suas desvantagens na medida em que não domino completamente certos conteúdos (...)	ET20	DCB
(...) o que me tem ajudado imenso é a experiência dos profissionais que trabalham cá há mais tempo (...)	EC11	DCB
Não considero que (...) os meus conhecimentos adquiridos, sejam a principal ajuda, eu noto que a experiência dos outros profissionais é que tem sido a grande ajuda nas minhas tomadas de decisão.	EC15	DCB
(...) vinha habituada aos grupos de sector e de ter o orientador que me ajudava a tomar decisões, como estou em fase de integração ainda estou muito dependente dos orientadores na tomada de decisão.	EC17	DCB
Quando eu tenho a certeza e quando tenho segurança tomo decisões, quando não tenho exponho as dúvidas e tento sempre adquirir a ajuda de um profissional mais competente e mais experiente.	EC19	DCB
Quando são decisões que nós não sabemos tomar, a enfermeira que está responsável por turno é que ajuda (...)	EC29	DCB
[fundamentação da tomada de decisão] (...) sempre que há coisas que nós não sabemos (...) recorreremos aos profissionais, que têm	ED13	DCB

uma prática maior que são melhores que os livros; (...) a prática é muito melhor (...)		
(...) perante as situações, que (...) não (...) sei resolver (...) terei de recorrer a um colegas mais experiente de suporte a quem posso perguntar e tirar dúvidas ou então tenho que recorrer a estudos, a bases teóricas onde consiga tirar essas dúvidas e dar resposta a essa situação.	ED22	DCB
(...) se tiver alguma dúvida posso partilhar com o colega que estiver de turno comigo (...) para chegarmos a um acordo e dar-me conselhos, (...) porque ele tem mais experiência (...)	ED23	DCB
(...) a nossa experiência começa muito cedo quando no estágio observamos certo tipo de situações (...) os enfermeiros com grande experiência (...)	EE8	DCB
Quando são situações imediatas (...) e não há grande informação nos serviços [há apenas alguns protocolos] o mais fácil e mais lógico é colocar a questão a um enfermeiro com mais experiência.	EE9	DCB
(...) alguma falta de experiência condiciona-nos um pouco, porque muitas vezes não temos a certeza e temos medo de agir mal e optamos por colocar (...) questões a pessoas com mais experiência (...)	EE17	DCB
Penso que sou mais autónomo, há seis meses atrás recorria mais (...) aos meus colegas sobre o que fazer, (...) normalmente perguntava ao enfermeiro que me estava a integrar.	EG6	DCB
(...) para a (...) tomada de decisão ser (...) mais fundamentada (...) consulto os colegas presentes que me possam ajudar (...)	EJ11	DCB
(...) o meu primeiro recurso são sempre os colegas (...) que estão presentes; ao longo da minha experiência é importante saber as pessoas a quem me posso dirigir e saber as que me possam ajudar da melhor forma.	EJ13	DCB
Quando tenho necessidade recorro (...) a colegas mais velhos a quem eu tenho acesso no momento.	EL19	DCB
[a doente] provinha de um lar onde ela fazia a sua vida autónoma, contudo e dado eu estar a exercer a minha profissão a cerca de sensivelmente um mês (...) tive a necessidade de avaliar esta minha decisão com uma colega, na tentativa de discutir a situação, contudo foi uma decisão oposta à minha (...)	EP4	DCB
(...) perante a opinião dela tive a necessidade de falar com uma colega já mais experiente, já a exercer a profissão a cerca de 15 anos (...) e confrontá-la com esta minha opinião, com a decisão que eu tinha tomado e ela foi de encontro ao que eu decidi (...)	EP6	DCB

[as minhas decisões] (...) basearam-se de certa forma no diálogo e no apoio (...) com outros colegas, mais experientes (...)	EP17	DCB
(...) na altura, como é obvio tenho de resolver a situação com base na pessoa com maior experiência no serviço e que tem maior conhecimento das situações (...)	EP22	DCB
[tomo as minhas decisões] (...) com aquilo que aprendemos e com os colegas mais velhos (...)	ER7	DCB
(...) daí que eu tenha referido a importância dos outros colegas [com mais experiência] (...) para fundamentarmos aquilo que nós queremos saber no dia a dia, porque só estando aqui a trabalhar é que nos vamos deparando com as situações reais.	ER20	DCB
[tomo as minhas decisões] (...) nas práticas dos colegas com mais experiência (...)	ES4	DCB
[na tomada de decisão] (...) sou nova, sou insegura, quando tenho dúvidas pergunto sempre aos colegas, mesmo que eu saiba o que tenho de fazer, em situações de que eu não estou bem certa prefiro confirmar com os colegas.	ES12	DCB
[na tomada de decisão] Utilizo os colegas com mais experiência, as dúvidas dos colegas da mesma idade são as mesmas que as minhas.	ES13	DCB
[na tomada de decisão] (...) tenho algumas dificuldades, mas de qualquer das formas e tendo em conta as minhas dúvidas, normalmente sinto a necessidade de perguntar a outros profissionais que são mais experientes do que eu, no sentido de organizar melhor e ver qual é o melhor tratamento para o doente.	ET5	BCB
(...) sempre que tenho alguma dúvida e tendo em conta as minhas lacunas (...) peço a outros profissionais para avaliarem conjuntamente comigo e darem uma segunda opinião.	ET21	DCB
Maioritariamente os colegas a quem eu peço opinião são pessoas mais experientes. Que ajudam, completam e muitas das vezes também alteram a avaliação inicial que fiz em relação a determinado assunto.	ET22	DCB
CATEGORIA D- RECURSOS DISPONÍVEIS		
SUBCATEGORIA A – Métodos de Trabalho		
(...) o da tarefa (...) não é nada facilitador para a tomada de decisão é muito menos responsabilizante. Porque se nós não estamos	EA34	DDA

realmente responsáveis pelos nossos doentes, (...) limitamo-nos a fazer um role de tarefas, embora tomemos algumas decisões (...) não são tomadas de forma reflectida		
(...) o método por tarefa (...) não é nada facilitador na (...) decisão. Não é facilitador porque não conhecemos o doente suficientemente. Não podemos tomar uma decisão consciente.	EB22	DDA
[o método de trabalho] (...) a tarefa não nos dá uma imagem do doente, (...) efectua-se uma técnica a este doente, a seguir outra técnica a outro doente e muitas vezes não temos a noção do doente como um todo.	EF27	DDA
[método por tarefa] (...) eu acho que fica um bocado mecânico, (...) a rotina pode estar a pensar em N coisas enquanto realizo os procedimentos e não estou concentrada (...)	EK20	DDA
(...) por uma questão de (...) nos sobrar mais tempo para outras situações, utilizamos método misto de tarefa, porque de facto vamos ganhar tempo com isso, mas nem sempre os cuidados são os melhores e poderá haver pequenas falhas (...)	EM24	DDA
Eu acho que a minha tomada de decisão perante o método de tarefa é mais (...) dificultada (...) porque além de envolver (...) o doente envolve a equipa de enfermagem e o colega com quem se está a trabalhar, (...) pode haver uma precipitação nalguma situação; pode pensar-se que o colega (...) não fez e o doente é dele e ele é que tinha de fazer esta tarefa, podem surgir pequenas coisas e deste modo é um método um bocadinho mais dúbio (...)	EM25	DDA
(...) quando eu comecei a trabalhar utilizava o método à tarefa. Havia um enfermeiro que dava a medicação, outro enfermeiro fazia os cuidados de higiene, já se decidia qualquer coisa mas se calhar não tanto, como actualmente.	EN41	DDA
(...) quando comecei a trabalhar no serviço eu era a mais novinha e podia interferir, mas depois elas próprias começaram a ver que afinal nós podíamos alterar e para o fim todas fazíamos ou dávamos a medicação ou fazíamos os cuidados de higiene e era principalmente no turno da manhã em que tínhamos os doentes distribuídos; nos outros turnos era mais o método de tarefa (...)	EN42	DDA
(...) calculo que seja muito difícil o enfermeiro estar responsável por exemplo por prestar os cuidados de higiene e outro dar medicação e ser muito difícil ter uma visão global do doente. [método de tarefa]	EP38	DDA
[método de tarefa] (...) não nos facilitava e não nos permitia nada tomar decisões em relação aos doentes, porque também não conhecíamos o suficiente para tomar decisões.	EQ20	DDA

(...) no método à tarefa uma enfermeira faz uma coisa, outro colega fazer outra e acaba-se por se perder muita informação (...)	ER23	DDA
Responsável 8 horas (...) É um método facilitador, na medida em que conseguimos ter um conhecimento melhor do doente.	EB21	DDA
(...) o método individual, ou seja cada enfermeiros tem X doentes distribuídos, é responsável por X doentes, o que de alguma forma condiciona as nossas tomadas de decisão, (...) somos obrigados a tomar decisão em relação a esse doente e aos cuidados que se prestam ao longo do turno.	EC27	DDA
[método individual] Penso que este método é o que nos delega mais essa responsabilidade. (...)	EC28	DDA
O método do enfermeiro responsável pelas oito horas e ao longo dos vários dias dá-nos para já uma proximidade do doente diferente, dá-nos um conhecimento do estado do doente (...) e (...) da família, (...) o que nos facilita o encaminhamento do doente para a alta.	EF28	DDA
[método individual] (...) neste método de trabalho não nos cingimos só a uma tarefa (...) vemos o doente num global e podemos decidir se o podemos levantar, se lhe podemos dar banho, se está com muita expectoração, se está com a tensão alta, se está com a tensão baixa e como (...) sabemos esses dados todos, temos mais facilidade na tomada de decisão, do que se utilizássemos o método de tarefa.	EG14	DDA
(...) já trabalhei em todos os métodos de trabalho, mas eu acho que o facto de ter um método individual faz com que o doente olhe para nós e confie em nós 8 ou 10 horas seguidas (...)	EI32	DDA
(...) o método (...) de responsável do internamento (...) acho que ajuda; (...) os enfermeiros passam a conhecer melhor a pessoa e a sua história ao longo do internamento (...)	EK18	DDA
(...) aqui no serviço está implementado o método individual de trabalho, eu acho que isso ai facilita a tomada de decisão (...)	EL20	DDA
(...) o doente está entregue a uma só pessoa e essa pessoa toma todas as decisões que deve e que acha.	EL21	DDA
Eu penso que o método individual será o mais facilitador (...)	EM23	DDA
(...) o método individual ou no método de responsável (...) cada um de nós é responsável por um determinado número de doentes e tentamos prestar cuidados aos nossos doentes desde os cuidados de higiene, à alimentação, à terapêutica (...)	EN44	DDA

[o método individual] (...) é mais facilitador da tomada de decisão, porque nós conhecemos mais o doente (...) no seu todo e podemos decidir (...)	EN45	DDA
O método de trabalho individual e por responsável de oito horas, acho que nos facilita a nossa tomada de decisão; porque nós temos o doente atribuído, temos a obrigação de o conhecer melhor, porque não estamos responsáveis por trinta doentes, mas sim por dez no mínimo e esse método de trabalho permite-nos conhecer melhor o doente e mais facilmente tomar decisões.	EO19	DDA
O método de trabalho que nós utilizamos aqui no serviço é o método individual em que cada enfermeiro fica responsável por x doentes, este tipo de método de trabalho a meu ver, também facilita a tomada de decisão, porque nós acompanhamos o doente desde o início do turno, até ao fim do turno e sabemos tudo o que acontece com ele. De certa forma a nossa tomada decisão, assenta muito em tudo o que a gente vê que ele faz, toda a evolução clínica que ele pode ter ao longo do internamento; caso não fosse esse tipo de método de trabalho seria muito difícil.	EP37	DDA
[responsável de 8 horas] (...) eu acho que este método é mais facilitador, porque temos mais contacto com o doente e isso permite-nos (...) conhecer o (...) doente (...) e tomar decisões porque já conhecemos um pouco daquele doente; é muito mais facilitador (...)	EQ19	DDA
(...) quanto à tomada de decisão relativamente ao método que utilizamos, penso que o método individual de trabalho será o mais adequado para favorecer a tomada de decisão, porque nós temos um determinado número de doente e prestamos-lhes todo o tipo de cuidados nesse turno e somos nós que avaliamos o doente. (...)	ER22	DDA
(...) com o método individual de trabalho estou muito mais tempo com o doente, conheço-o muito melhor e sei as necessidades dele é muito mais fácil eu tomar decisões em benefício dele (...)	ES15	DDA
SUBCATEGORIA B – Protocolos de serviço		
[administração de insulina] (...) baseamo-nos num esquema do serviço que está pré/estabelecido, mas por vezes temos de ser nós a tomar decisões em relação às unidades que administramos (...)	EC2	DDB
(...) tenho disponíveis (...) os protocolos, os manuais de controlo de infecção hospitalar (...)	EC12	DDB

[no serviço] (...) tenho aqui alguns dossiers, com informação acerca de infecção hospitalar, que é uma coisa útil, (...) temos alguns trabalhos sobre ventilação invasiva e não invasiva (...)	ED14	DDB
(...) há situações em que não há mesmo possibilidade de nós consultarmos estudos, temos apenas os protocolos, como por exemplo de entubações, algalias, mas não há manuais (...)	EE21	DDB
[os protocolos] (...) muitos estão bem fundamentados, no entanto penso que eles muitas vezes seguem uma linha que não se verifica na prática (...)	EE22	DDB
(...) os protocolos que estão estabelecidos (...) grande parte das vezes dão muito jeito (...)	EM28	DDB
(...) algumas vezes há situações específicas que põe em causa a minha tomada de decisão, sigo a norma e pronto é critério e toda a gente quer fazer assim (...) é a coisa mais evidente (...)	EM29	DDB
(...) em relação a um penso que eu até posso fundamentar [a sua execução] (...) com termos científicos, mas se o colega já o fez de uma determinada maneira (...) e respeitou as normas no serviço, se calhar é melhor seguir a norma.	EM30	DDB
(...) no momento tomo a decisão em relação à norma e depois será uma questão de debater, pode-se depois reformular a norma.	EM31	DDB
Existem certos manuais mas isso, prendem-se essencialmente com algumas técnicas que se praticam; essencialmente o manual de controlo de infecção hospitalar, que é a única coisa onde a gente se pode basear (...)	EP25	DDB
Temos alguma bibliografia como protocolos, mas sobre coisas mais específicas não temos estudos disponíveis.	ER10	DDB
(...) temos fotocópias de artigos, protocolos e livros de funcionamento de determinados instrumentos ou aparelhos.	ET13	DDB
[a minha tomada de decisão] (...) depende da situação, mas também depende das normas do serviço.	ES14	DDB
SUBCATEGORIA C – Influência da Enfermeira/o Chefe		
(...) não em termos da chefia não influencia muito a tomada de decisão.	EB23	DDC
(...) acho que os meus colegas e o meu chefe só interferem quando acham que é necessário, não me sinto muito condicionada nesse aspecto.	EL22	DDC
Quanto à chefia penso que não influencia a minha tomada de decisão e temos um relacionamento já de há muitos anos (...)	EN55	DDC

[a enfermeira chefe] (...) alguma coisa que não esteja de acordo connosco diz-nos na altura e não tenho tido problemas nesse sentido, eu acho que tomo as minhas decisões da melhor maneira, da forma mais acertada, que não ponha em causa a vida do doente (...)	EN56	DDC
[influência da chefia] Em relação à prestação de cuidados directos aos doentes não sinto esse tipo de pressão.	EO22	DDC
Unicamente nas passagens de turno da manhã e da tarde que assiste e pode eventualmente dar o seu parecer sobre este ou aquele aspecto, mas no decorrer do turno não senti qualquer influência.	EP40	DDC
(...) não sinto a influência da minha chefia na minha tomada de decisão, porque sou eu que presto os cuidados aos meus doentes e sou eu que tomo as minhas decisões.	EQ22	DDC
Relativamente há influência das chefias na tomada de decisão, não sinto nenhuma influência e acho que quando os cuidados são prestados de forma correcta e tendo em conta as necessidades do doente, não há qualquer interferência e quando há alguma critica, ou alguma observação, será sempre para melhorarmos algo que não esteja bem.	ER26	DDC
Não (...) a chefia não interfere na minha tomada de decisão perante os cuidados que presto.	ES17	DDC
Até este momento ainda não senti a influência da chefia (...) os doentes estão distribuídos pelos enfermeiros e a chefia (...) pouco intervêm.	EP39	DDC
(...) não houve nenhuma situação da minha experiência em que tenha sido a minha atitude influenciada pela chefia, na medida em que e ela confia plenamente nas atitudes e nas decisões tomadas por cada um dos seus profissionais.	ET26	DDC
SUBCATEGORIA D – Condições Arquitectónicas		
(...) os (...) recursos físicos que é o que este serviço tem de pior (...) influencia muitas vezes a minha tomada de decisão em relação aos cuidados, quer sejam autónomos ou interdependentes, porque temos um espaço físico, que não está minimamente adequado a este tipo de doentes (...)	EF24	DDD
(...) os cuidados de higiene um pequeno auxílio de uma auxiliar de acção médica era suficiente, mas muitas vezes não pode ser porque os recursos físicos não o permitem.	EF25	DDD

[condições arquitectónicas] (...) eu acho que influenciam, por exemplo os WC se não tiverem condições, (...) muitas vezes nem é estimulante, têm o vidro partido ou está molhado o chão; (...) até podíamos estimular o doente a ir ao duche, mas (...) como as condições são más não será a melhor opção.	EM26	DDD
(...) as condições arquitectónicas podem favorecer ou podem dificultar a tomada de decisão mas não parece que seja o mais importante, (...) acho que são sempre barreiras que podemos ultrapassar e arranjar estratégias (...) não me parece que seja preponderante. É importante mas não é o mais preponderante.	ER25	DDC
O espaço físico do serviço também influencia muito as minhas tomadas de decisão, nomeadamente os cuidados de higiene eu vejo que um doente está dispneico e se calhar o melhor para ele era ir tomar um duche, mas como a casa de banho é muito longe já não vai; toma o banho na cama e isso requer outros cuidados, mais tempo (...) menos autonomia para o doente e mais dependência e isso influencia claro que sim.	ES16	DDD
(...) as condições arquitectónicas influenciam em grande parte as preferências do doente, o facto de termos casas de banho no final do serviço é (...) um factor limitante na medida em que muitas das vezes o doente apesar de preferir tomar banho no chuveiro, (...) não consegue fazê-lo (...)	ET24	DDD
(...) se tem alguma dificuldade por exemplo a nível de cansaço ou dispneia, (...) tenta-se ter em conta isso, porque as condições arquitectónicas não mudam.	ET25	DDD
Em relação às condições arquitectónicas, penso que são facilitadoras uma vez que o serviço foi remodelado (...)	EJ15	DDD
Penso que com a nova arquitectura do serviço facilita a nossa tomada de decisão, que também é influenciada por isso.	EN52	DDD
Da arquitectura do serviço, olhe por exemplo no nosso serviço foi remodelado e agora temos muito melhores condições para levar (...) o doente ao WC, ao banho assistido.	EN53	DDD
Antigamente tínhamos as casa de banho que eram muito longe das enfermarias, os doentes para irem ao banho era muito complicado, porque muitos deles fazem oxigénio quase as 24 Horas por dia e nós nem tínhamos condições para levar os doentes, não tínhamos balas de oxigénio suficientes para os transportar; Agora o WC é na própria enfermaria, tem oxigénio na própria casa	EN54	DDD

de banho, o que facilita muito a nossa tomada de decisão nos cuidados de higiene.		
(...) em termos das condições arquitectónicas o serviço actualmente tem outra estrutura física que anteriormente não tinha, o que nos permite de certa forma em relação aos cuidados de higiene maior opção de escolha (...)	EP35	DDD
(...) antigamente tínhamos os WC's bastante longe das enfermarias o que dificultava muitos doentes por não terem capacidade de se deslocar até ao WC; estavam restringidos à realização da sua higiene no leito; Agora há outras possibilidades uma vez que (...) os WC's estão mais junto das enfermarias e assim lhes proporciona maior conforto nos cuidados de higiene; podem cuidar da sua higiene de uma forma mais (...) autónoma (...)	EP36	DDD
(...) as condições arquitectónicas influenciam bastante a nossa tomada de decisão (...) o nosso serviço (...) sofreu remodelações, que nos permitem dar um conforto ao doente bastante diferente, (...) temos os quartos de banho junto (...) da enfermaria perto do doente e não é necessário ele deslocar-se quase um <i>km</i> para ir ao quarto de banho e isso é facilitador, porque o próprio doente também se sente mais à vontade (...) tem o quarto de banho ali junto e isso é importante para a nossa tomada de decisão.	EQ21	DDD
SUBCATEGORIA E – Rácio Enfermeiro/Cliente		
[Fundamentação da tomada de decisão] (...) penso que uma dificuldade é o grande número de doentes por enfermeiro, que às vezes nos impossibilita (...) pelo facto de termos muitos doentes (...) e o enfermeiro não pode dar atenção a todos como queria (...) pode haver alguma coisa que nos escape.	EG13	DDE
(...) temos imensos doentes e durante a noite somos dois enfermeiros, durante a tarde somos só dois e o número de doentes aumenta, às vezes por uma questão de tempo de organização de serviço, vamos abreviando [Fundamentação da tomada de decisão] nos doentes que sabemos há partida (...) que não há coisas muito específicas.	EM36	DDE
(...) muitas vezes um número maior de doentes por enfermeiro, acaba por nos levar a que organizemos o nosso trabalho pelo método de tarefa.	EK19	DDA
[inicialmente utilizávamos] (...) o método (...) individual em que cada enfermeiro ficava com um determinado número de doentes, mas os enfermeiros eram poucos, os doentes eram muitos e acabávamos por ir para o método de tarefa (...) dávamos a medicação e	EN43	DDA

outros iam para as higiènes (...)		
SUBCATEGORIA F – Orientação de estudantes em ensino clínico		
O facto de ter estudantes actualmente da escola, também sinto a necessidade de procurar, de investigar, para poder saber fazer e de saber estar são coisas que nós vamos relembrando.	EH23	DAB
(...) como orientadora de alunos de enfermagem, sinto-me também a necessidade de ir pesquisando e aprofundando os meus conhecimentos e para me manter actualizada.	EQ8	DBA