

A DIMENSÃO PROCESSUAL DO RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS

Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães

Orientador: Prof. Doutor Manuel José Lopes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

com a colaboração da



A DIMENSÃO PROCESSUAL DO RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS

Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães

Orientador: Professor. Doutor Manuel José Lopes

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina e Presidente da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutor Manuel José Lopes, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, orientador;
- Doutora Patrícia Cruz Pontífice Sousa Valente Ribeiro, Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutor Élvio Henriques de Jesus, Professor Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional do Porto;
- Doutora Sílvia Maria Alves Caldeira Berenguer, Professora Auxiliar do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa;
- Doutora Maria Luisa Torres Queiroz de Barros, Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa;
- Doutora Maria Antónia Miranda Rebelo Botelho Alfaro Veles, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

A VISÃO DE UMA EVIDÊNCIA NÃO VISTA
DETERMINA UM NOVO OLHAR
QUE FAZ PERCEBER A EVIDÊNCIA

EDGAR MORIN (1996)

AGRADECIMENTOS

Quero manifestar o meu agradecimento aos amigos que fizeram o favor de continuar disponíveis para manter a nossa amizade e me ofereceram condições para elaborar este trabalho.

Quero também agradecer ao Conselho de Administração da instituição hospitalar que aceitou o meu pedido para aí desenvolver a pesquisa.

Agradecer ao diretor do serviço, à enfermeira chefe e de forma enfática aos enfermeiros que aceitaram ser informantes de forma abnegada.

Agradecer ao corpo docente e não docente que fazem parte do meu quotidiano por me terem proporcionado um ambiente promotor de desenvolvimento pessoal e acuidade intelectual.

Agradecer à Maria dos Anjos pelas nossas conversas sobre a teoria fundamentada, à Maria Bule pela ajuda na formatação do relatório e com especial carinho à Gorete Reis pela força das suas palavras sábias e da sua presença que em segredo me enriqueciam.

Agradeço ao Senhor Prof. Doutor Manuel José Lopes orientador deste trabalho, pessoa que reconheço como uma referência e mentor no domínio da enfermagem, pessoa com a habilidade de dizer palavras mágicas, de dizer muito em poucas palavras que desafiam e estimulam o pensamento crítico e a procura do conhecimento.

E ao meu marido pelo conforto que gera em mim todos os dias, ao meu filho Henrique e à minha irmã Deonilde o amor e o carinho que me dedicaram nos períodos difíceis. E aos meus pais agradecer ser quem sou.

LISTA DE SIGLAS

ANA American Nurses Association

CIPE Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

NANDA NANDA International

SAPE Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

RESUMO

Os enfermeiros no âmbito das boas práticas de cuidados elaboram um raciocínio para desenvolverem o processo de cuidados. Mas o modo como o desenvolvem durante a prestação de cuidados não é expresso pelos enfermeiros, e no mundo académico o processo tem sido pouco explorado. Motivo pelo qual decidimos investigar a dimensão processual do raciocínio clínico, pesquisando os conceitos que o suportam e as relações que estruturam o processo. E sob uma metodologia compreensiva e pragmática deixámo-nos guiar pelo método da teoria fundamentada. Criámos uma amostra teórica a partir da análise de narrativas, observação, notas de campo e entrevistas com os enfermeiros de uma unidade de cuidados intermédios, em contexto hospitalar. Os dados reunidos permitiram analisar 980 interações e estas foram codificadas com o apoio da microanálise e de um programa informático. Na codificação aberta criámos 202 categorias, na codificação axial reduzimos para 11 e na seletiva reduzimos para 4 conceitos de natureza complexa. Resultaram da análise os conceitos - ambiente de cuidados, informação clínica, conhecimento clínico e tomada de decisão clínica. Entre estes conceitos formam-se relações que geram uma unidade global e um comportamento que é dinâmico. E esta estrutura que é processual move-se recursivamente num movimento em espiral, com reciprocidade entre os quatro conceitos. O que lhe dá um potencial generativo integrativo e recursivo. A partir destes resultados criámos uma teoria substantiva e um modelo que explica a dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros numa unidade de cuidados intermédios. Concluímos que no contexto de um ambiente securizante se desenvolve um processo de cuidados, no qual as suas diversas partes se interrelacionam, numa dinâmica recursiva, integrativa e generativa que permite integrar sistematicamente novos dados, e isso determina uma constante alteração do rumo dos cuidados. Todo o processo é acompanhado por um sistema de decisão partilhada, que reduz a incerteza e aumenta a segurança na equipa de cuidados.

Palavras-chave: TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA; RACIOCÍNIO CLÍNICO; ENFERMEIROS; CONHECIMENTO

ABSTRACT

Nurses, in the context of good care practices, develop a reasoning to develop the care process. But the way they develop it during the provision of care is not expressed by nurses, and in the academic world the process has been little explored. That is why we decided to investigate the procedural dimension of clinical reasoning, researching the concepts that support it and the relationships that structure the process. Under a comprehensive and pragmatic methodology, we were guided by the grounded theory method. We created a theoretical sample based on narrative analysis, observation, field notes and interviews with nurses in an intermediate care unit, in a hospital context. The collected data allowed us to analyze 980 interactions that were categorized with the support of microanalysis and a computer program. In open coding we created 202 categories, in axial coding we reduced them to 11 and in selective coding we reduced them to 4 concepts of a complex nature. The analysis resulted in the concepts - care environment, clinical information, clinical knowledge and clinical decision making.

Between these concepts, relationships are formed that generate a global unit and a behavior that is dynamic. And this structure that is procedural moves recursively in a spiral movement, with reciprocity between the four concepts – which gives it an integrative and recursive generative potential. From these results we created a substantive theory that explains the procedural dimension of nurses' clinical reasoning in an intermediate care unit. We conclude that, in the context of a healing environment, a care process is developed, in which its various parts interrelate in a recursive, integrative and generative dynamic that allows to systematically integrate new data, and this determines a constant change in the direction of care. The whole process is accompanied by a shared decision system that reduces uncertainty and increases safety in the care team.

Keywords: CLINICAL DECISION-MAKING; CLINICAL REASONING; NURSES; KNOWLEDGE

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	IV
LISTA DE SIGLAS.....	V
RESUMO	VI
ÍNDICE	VIII
ÍNDICE DE QUADROS.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
INTRODUÇÃO	1
PRIMEIRA PARTE – PROBLEMATIZAÇÃO TEÓRICA.....	18
1.REFERÊNCIAS CONCETUAIS.....	18
1.10 CONCEITO RACIOCÍNIO CLÍNICO.....	18
1.2 MODELOS DE RACIOCÍNIO NA TOMADA DE DECISÃO.....	29
1.2.1 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DAS ABORDAGENS APRESENTADAS	52
1.3 REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS.....	57
QUALITATIVAS	57
1.3.1. MÉTODO.....	57
2. DELIMITANDO O PROBLEMA QUE JUSTIFICA O ESTUDO	71
SEGUNDA PARTE - PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO	77
1- METODOLOGIA.....	77
1.1 - FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS	77
1.2 - MÉTODO DA TEORIA FUNDAMENTADA	86
1.2.1 CAMPO DE PESQUISA PARA AMOSTRAGEM.....	91
1.2.2 QUESTÕES ÉTICAS NA PESQUISA	93
1.3- RECOLHA DE DADOS.....	94
1.3.1 ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS.....	97
1.4 CODIFICAÇÃO DOS DADOS	101
1.4.1 PROCESSO DE CODIFICAÇÃO	101
TERCEIRA PARTE – PROCESSO DE TEORIZAÇÃO	111
1.CONCETUALIZAÇÃO	111

1.1 CONCEITO AMBIENTE DE CUIDADOS.....	112
1.2 CONCEITO INFORMAÇÃO CLÍNICA	125
1.3. CONCEITO CONHECIMENTO CLÍNICO	139
1.4 CONCEITO TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA	146
2 - ESTRUTURA DE UMA TEORIA SUBSTANTIVA	159
3. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	177
3.1 DISCUSSÃO	177
3.2 CONCLUSÃO	187
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194
ANEXOS	217
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	218
APÊNDICES.....	220
APÊNDICE 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	221
APÊNDICE 2 – GRELHA PICO	224

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1-Épocas históricas na procura de conhecimento de enfermagem.....	4
Quadro 2 Enunciados do conceito raciocínio clínico.....	19
Quadro 3 Modelos do processo de enfermagem	30
Quadro 4 Abordagens aos problemas clínicos	31
Quadro 5 Avaliação da qualidade dos estudos incluídos	60
Quadro 6 Características dos estudos.....	61
Quadro 7 Modelos de análise meta teórica	80
Quadro 8 Padrões de teorização	83
Quadro 9 Exemplo de codificação aberta	101
Quadro 10 Análise comparativa das unidades de significado nas narrativas.....	103
Quadro 11 Exemplo de categorização.....	108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Elementos que compõem uma situação clínica	6
Figura 2 Estudantes de mestrado.....	34
Figura 3 Estudantes de licenciatura.....	34
Figura 4 Fluxograma do processo de pesquisa PRISMA.....	59
Figura 5 Repartição das unidades de contexto e do número de palavras por classe	62
Figura 6 Estrutura do processo de tomada de decisão	69
Figura 7 Ambiente de cuidados.....	112
Figura 8 Estrutura do conceito ambiente de cuidados.....	113
Figura 9 Propriedades do espaço de cuidados.....	115
Figura 10 Propriedades das parcerias de decisão clínica	122
Figura 11 Falas no plural.....	124
Figura 12 Estrutura do conceito informação clínica	126
Figura 13 Propriedades dos dados clínicos e informação	127
Figura 14 Dados clinicamente relevantes.....	129
Figura 15 A natureza das conversas	133
Figura 16-Estrutura do conceito conhecimento clínico.....	139
Figura 17 Propriedades do conhecimento concetual	141
Figura 18 Propriedades do conhecimento prático	143
Figura 19 Estrutura do conceito tomada de decisão clínica	146
Figura 20 Propriedades da decisão de nível 1	151
Figura 21 Propriedades do conceito decisão de nível II.....	153
Figura 22 Propriedades do conceito avaliação da decisão	155
Figura 23 Modelo da dimensão processual do raciocínio clínico	171
Figura 24-Processos do pensamento	185
Figura 25-Modelo do processo de enfermagem	186

INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto entidade dotada de saberes e conhecimento desde os finais do século XIX, está ligada a práticas de cuidados a outrem. E é atualmente reconhecida como uma prática profissional que cuida de pessoas no contexto da sua experiência humana de saúde¹. O reconhecimento das práticas de cuidado tem registos desde os finais do século dezanove, formalizados em publicações de livros e revistas científico-culturais, desde o início da primeira década do século vinte, com nomes² que têm o seu reconhecimento no âmbito da história da enfermagem. E nos meados do século passado a enfermagem, na sequência de um conjunto de eventualidades³ foi reconhecida como uma área disciplinar⁴. Desde logo teve o contributo de um corpo teórico que foi criado e recriado sob diferentes escolas de pensamento, concetualmente enquadradas em diferentes abordagens paradigmáticas.

No início deste percurso tornou-se evidente para os académicos que a utilização do conhecimento técnico e científico era vital para sustentar as boas práticas de cuidado. A consciência da necessidade de utilizar o conhecimento, numa época em que a racionalidade teórica institucionalizada nas universidades modernas era hegemónica, fez acreditar que a prática profissional de enfermagem tinha que ser prescrita pelos conhecimentos que eram criados nas universidades.

Partiam então do pressuposto que os cuidados podiam ser realizados num ambiente estável, favorável a uma aplicação do conhecimento técnico-científico e específico, para resolver com rigor os problemas que eram reconhecidos como técnicos. Estas pressuposições impuseram uma hierarquização do conhecimento. E nesta os princípios gerais de ordem teórica, ocupam o nível mais abstrato associados a um maior grau de dificuldade e de

1 Definição apresentada por (Newman, Sime e Concoran-Perry (1999).

2 Nomes como Lavinia Lloyd Dock (1858-1956), Isabel Hampton Rob (1859-1910), Mary Adelaide Nutting (1858-1948), Flexner Report (1910) entre muito outros.

3 Entre outros o período pós-guerra e o movimento social das mulheres à data.

4 Em Portugal a formação em enfermagem foi integrada no ensino superior no final dos anos oitenta a partir do Decreto-lei 480/1988 de 23 de dezembro.

reconhecimento; os princípios da resolução de problemas, de ordem prática, eram associados a um nível de menor abstração e por isso de menor exigência e reconhecimento. Este modelo, foi então reconhecido como útil para o desenvolvimento da área disciplinar. Ainda que permanecessem muitas questões, sobre a essência do conhecimento de enfermagem e a natureza da relação entre a área disciplinar e a prática profissional.

No período dos anos 80-90 do século passado este problema foi de novo assumido. As questões foram reabertas no âmbito dos programas de doutoramento em enfermagem, fundamentados em valores de alteridade e da compreensão do humano (Reed, 2008). E as ambiguidades que se colocavam sobre a dicotomia teoria - prática foram formalmente ultrapassadas. A teoria e a prática foram reconhecidas como duas entidades que têm relações de reciprocidade de forma cíclica. E a interação entre elas pode ter diferentes configurações, que enriquecem o conhecimento no domínio⁵ da enfermagem.

- As interações podem acontecer entre “teoria-prática-teoria” quando estamos perante uma teoria, que não sendo de enfermagem, também pode ajudar a descrever e explicar um fenómeno, que não está inteiramente desenvolvido para a área.
- Podem acontecer entre “prática-teoria” quando as teorias existentes não são úteis para descrever um fenómeno, que é reconhecido pelos clínicos e teóricos como importante para ser objeto de análise e teorização. Esta interação começa com uma questão que evolui a partir da prática.
- Também pode acontecer num formato “pesquisa-teoria” e neste o investigador tem um fenómeno ideologicamente definido e seleciona um método para medir as características desejadas, num ambiente controlado.
- Num outro modo “teoria-pesquisa-teoria”, os teóricos colocam questões de pesquisa e a sua finalidade é testar e aperfeiçoar a teoria.
- E ainda na interação “prática-teoria-pesquisa” os enfermeiros colocam questões e sugerem hipóteses, a teoria guia a conceptualização dos problemas e a pesquisa desenvolve os projetos. Os resultados destas pesquisas permitem aperfeiçoar a teoria já

⁵ O domínio da enfermagem estrutura-se em função de quatro componentes: os conceitos major e os problemas a eles associados; o processo de avaliação, diagnóstico e intervenção, os recursos para avaliar, diagnosticar e intervir; e os métodos de pesquisa e metodologias que se revelam mais congruentes com o conhecimento de enfermagem. E abrange a consultadoria, a gestão, o ensino, a prática, a pesquisa, o conhecimento na enfermagem e a teoria (Meleis, 2005).

existente ou contribuir para uma nova teoria (K rouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1994; Medina, 1999).

Mas apesar das décadas de desenvolvimento teórico a noção de que existe uma “distância” entre a teoria e a prática ainda existe entre os profissionais de enfermagem. Segundo (Lunney, 2004) acontece porque os enfermeiros raramente usam uma linguagem teórica no seu desempenho clínico. A autora citada considera que isso sucede por responsabilidade do corpo docente das escolas de enfermagem.

Apesar de um aparente distanciamento e da linguagem clínica não ser consentânea com a linguagem acad mica, observa-se que tem existido uma coexistência saudável, numa relação de cumplicidade que tem permitido o desenvolvimento da enfermagem (Chinn & Kramer, 1999; Meleis, 2005). Uma vez que a teoria e a prática constituem um ciclo de sistemas que interagem um sobre o outro e se retroalimentam. São dois domínios do saber e do conhecimento com diferentes objetivos que se complementam.

Enquanto os clínicos procuraram tomar decisões, com os saberes⁶ e conhecimentos⁷ que têm, para resolver problemas concretos do quotidiano da clínica. Os acad micos procuraram gerar conhecimentos sobre as melhores formas de cuidar as pessoas nas suas experiências de saúde, ao longo do seu ciclo de vida (Meleis, 2005). Podemos dizer, que a ciência torna inteligível o que faz o clínico e este, por sua vez, oferece   ciência instrumentos, confirma es e questões.

A reserva dos clínicos face aos acad micos pode ser compreendida, não são porque estes se afastaram para desenvolver e densificar o conhecimento da área disciplinar, mas também pela natureza das teorias de longo alcance, que se apresentavam numa linguagem esotérica (Medina, 1999). E que os clínicos acreditavam não trazer solu es práticas para resolver os problemas dos doentes. Uma teorização que os investigadores Benner, Tanner & Chelsea (1996) consideravam que dava corpo a uma prática de enfermagem idealizada,

6 Os saberes comunicam através de frases denotativas informa es sobre o objeto, sem precisar de validação. Para Colli re (2003 p. 157) “os saberes são em primeiro lugar saberes empíricos e entendidos como saberes de experiência explicitada, que se tornam utilizáveis noutras situa es. E estão na origem de todos os outros saberes”

7 Os conhecimentos exigem que a relação sujeito-objeto aconteça na mesma dimensão espaço--temporal para permitir a validação.

ou aquilo que pensavam ser a prática de cuidados. Foram formatos de teorização que representaram perspectivas daquilo que a enfermagem devia ser e como devia avançar, para estabelecer a sua identidade e os seus limites.

Havendo ou não idealização foi com este desenvolvimento teórico, que podendo não ser o ótimo foi o necessário e possível, para a enfermagem apostar e fazer progressos consistentes no seu estatuto profissional. Importa mesmo salientar que o estatuto só pôde ser alcançado porque os académicos foram nutrindo a disciplina com desenvolvimento conceptual, empírico e teórico (quadro 1).

Uma decisão que podemos qualificar como hábil para o desenvolvimento de uma área que também se queria afirmar no mundo académico (Meleis, 2005). Os académicos pelo seu interesse em obter mais conhecimento, ao longo das diferentes épocas históricas conduziram a enfermagem a um percurso ascendente, que a levou a um estágio de acumulação de conhecimento essencial para o progresso da profissão (Alligood, 2014).

QUADRO 1-ÉPOCAS HISTÓRICAS NA PROCURA DE CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM

Épocas históricas	Pergunta principal	Ênfase	Resultados	Objetivo emergente
Era curricular: 1900 a 1940	Qual é o conteúdo curricular que os estudantes devem estudar para serem enfermeiros	Os cursos que incluem planos de estudos de enfermagem	Currículos padronizados e reconhecidos para obter um diploma	Desenvolver conhecimentos especializados no ensino superior
Era da pesquisa: 1950 a 1970	Qual é o foco para a pesquisa em enfermagem?	O papel do enfermeiro e o que este deve pesquisar	Estudos sobre problemas e sobre enfermeiros	Não realizar estudos isolados porque não geram conhecimento unificado
Pós-graduações em educação: 1950 a 1970	Que conhecimento é necessário para a prática da enfermagem?	Definir o que são boas práticas de cuidados na enfermagem	Os enfermeiros têm um papel importante na assistência à saúde	Investir nas pós-graduações e no desenvolvimento do conhecimento
Teoria Era: 1980 a 1990	Como estruturam e orientam a pesquisa e a prática?	Há muitas maneiras de pensar sobre a enfermagem	Trabalhos teóricos de enfermagem mudam o foco para o doente	As teorias orientam a pesquisa e a prática de enfermagem
A Teoria e a sua utilização Na Era do século XXI	Que novas teorias são necessários para produzir provas de cuidados de qualidade?	A teoria da enfermagem orienta a pesquisa, a prática, a educação e a administração	A teoria de médio alcance pode ter abordagens quantitativas ou qualitativas	Os quadros teóricos de enfermagem produzem conhecimento (evidência) para cuidados de qualidade

Fonte: Alligood (2014)

Os clínicos com um reconhecimento passivo da produção de conhecimento, também prosseguiram o desenvolvimento das suas práticas de cuidar, a partir dos seus saberes empíricos, pessoais, éticos e estéticos, que foram reconhecidos e nomeados por Barbara Carper, a partir das boas práticas de cuidados observadas em contexto clínico (Carper, 1999; Chinn & Kramer, 1999).

Na classificação dos saberes o investigador fez duas distinções que importa referir porque são relevantes no desenvolvimento epistemológico da enfermagem. A primeira diferencia os saberes empíricos dos saberes éticos como padrões distintos do conhecimento, rejeitando, implicitamente, os argumentos para uma teoria da ação que assume a sua centralidade no agente da ação⁸. A segunda distingue conhecimento teórico de conhecimento prático, acrescentando que as necessidades práticas dos enfermeiros exigem um tipo especial de teoria.

No uso dos seus saberes e conhecimento os enfermeiros foram cuidadosamente definindo as suas áreas de interesse e o campo de intervenção nos cuidados de saúde. A sua atividade profissional tem sido reconhecida como uma prática especificamente qualificada para oferecer soluções aos doentes. Porque os enfermeiros se tornaram responsáveis pela monitorização e gestão diária da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes. No âmbito destas competências, eles intervêm de forma imediata reorganizando as suas prioridades, quando as condições clínicas dos doentes se alteram. Quando assim acontece se as situações clínicas não forem rapidamente estabilizadas acentuam-se num curto período e agravam a situação clínica do doente (Potter, Wolf, Boxerman, Grayson, Sledge, Dunagan, & Evanoff, 2005).

Estas situações clínicas dos doentes expressam fragilidades a diferentes níveis, e geram vivências de mal-estar, sofrimento e incerteza, numa tal dimensão que tornam os cuidados de enfermagem necessários e emergentes. E exigem saber e conhecer um conjunto de elementos, que necessitam de ser apreendidos e compreendidos para agilizar e fazer evoluir o processo de cuidados. Para o tornar exequível os enfermeiros utilizam diferentes

⁸ A teoria da ação foi desenvolvida no domínio da filosofia, e no século XX assumiu a sua centralidade no agente da ação (Hélfer, 2011).

métodos, em função dos diferentes elementos que compõem a situação (figura 1), mas todas eles convergem paulatinamente para uma compreensão integrada da situação.

FIGURA 1-Elementos que compõem uma situação clínica



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

Falamos de novo em alterações que podem rapidamente agudizar-se, porque acontecem numa interdependência funcional dos diferentes sistemas da fisiologia humana, mas também das representações mentais e sociais de cada pessoa. Quando o equilíbrio interno do corpo humano é posto em causa, o corpo reage com alterações funcionais, manifestadas por sinais e sintomas que na ausência de intervenção podem evoluir para alterações estruturais.

Por exemplo numa situação que aparentemente não tem gravidade, a fome. Quando o hipotálamo deteta um baixo teor de glicose, de aminoácidos ou ácidos gordos no plasma, alterações da temperatura do corpo e distensão abdominal ao nível gástrico, estimula o aumento de glicose no sangue; as glândulas suprarrenais quando detetam um desvio do equilíbrio segregam adrenalina, que transforma as reservas de glicogénio armazenadas no fígado em glicose imediatamente utilizável.

Se sentirmos sede de forma arrastada o hipotálamo envia um sinal à hipófise que segrega a hormona antidiurética. Esta hormona desencadeia a libertação de vasopressina que atua sobre os rins, e a urina produzida torna-se mais concentrada. Se estivermos perante uma situação de *stress* podem ser observadas alterações funcionais como hiperglicemia, lipólise, catabolismo proteico, aumento e consumo de energia, perda de peso e desnutrição. E, não havendo intervenção para as normalizar ou minimizar, podem surgir

alterações estruturais ao nível dos sistemas nervoso, endócrino, cardiovascular, musculoesquelético e imunitário.

Por isso os processos de cuidados requerem juízos diagnósticos rápidos e respostas efetivas a estas ou outras situações onde o risco é evidente, e há pouca margem para incidentes críticos (Bucknall, 2000; Benner, kyriakidis & Stannard, 2011). Apesar da necessidade de juízos imediatos que é exigida aos enfermeiros, eles decidem de forma ponderada sobre a ação a desenvolver (Chinn & Kramer, 1999; Benner, et al., 1996; Lopes, 2006).

A atividade clínica dos enfermeiros é vivida no confronto com mudanças sistemáticas da condição clínica dos doentes. Eles têm uma responsabilidade de forma significativa, mas não exclusiva, nas questões vivenciais dos doentes e dos seus familiares (Benner, Tanner & Chelsea, 1992, 1996; Elstein & Dowie, 1999; Ritter, 2003). O que faz da prestação de cuidados uma prática que é intelectual e emocionalmente um processo de mudanças contínuas (Jesus, 2006; Ponte, Glazer, Dann, McCollum, Gross, Tyrrell, & Saint-Eloi, 2007; Benner et al., 2011). E é neste enquadramento que os cuidados são desenvolvidos numa relação enfermeiro-doente que é dual (Lopes, 2006) com a proficiência necessária para lidar com situações de cuidados complexas (Benner et al., 1996).

As ações são desenvolvidas, com acuidade intelectual e envolvimento com o doente, parecendo que todo o processo está automatizado (Jesus, 2006; Lopes 2006). Mas os enfermeiros sabem o que deve ser feito, como e quando devem ajudar os doentes (Gillespie, 2009, 2010; Jesus, 2006). É com esta perícia que em situações específicas, conseguem minimizar os erros, aumentar o rigor, a sensibilidade e a integridade das suas ações (Lunney, 2004; Schalock & Luckasson, 2005; Carnevali & Thomas, 1993). Mas também pela rapidez com que uma alteração ao processo de saúde/doença é identificada, e a situação de cuidados é gerida. Esta é uma dinâmica que contribui para a brevidade da alta clínica dos doentes e dos baixos índices de mortalidade (Etheridge, 2007).

É um nível de competência que tem implicações no desenvolvimento da própria clínica, pelo que ela representa na qualidade da prática profissional, reiterada por um conjunto de investigadores dentro e fora da área de enfermagem (e.g., Carnevali, Mitchell & Woods 1984; Itano 1989; Benner et al., 1996; Carnevali & Thomas, 1993; Gordon, 1994; Chase, 1995; Facione, Facione & Giancardo, 1997; Dowie & Elstein, 2009; Salantera, Eriksson,

Junnola., Salminen, Lauri, 2003; Schneider & Shanteau, 2003; Gambrill & Dawes, 2003; Kahneman, Slovic, Tversky, 2005; Thompson, Mccaughan, Cullum, Sheldon & Raynor, 2006; Tanner, 2006; Dillard, Sideras, Ryan, Carlton, Lasater &. Siktberg, 2009; Guimarães, Pena, Lopes & Barros, 2015; Asmirajanti, Hamid, Hariyati, 2019).

Há um reconhecimento explícito da sua competência, no entanto os enfermeiros têm dificuldade em expor o modo como pensam e relacionam os dados e a informação. No nível superior de proficiência o ato importante de pensar, sendo central, parece ficar num plano subconsciente (Carnevali & Thomas, 1993). Por isso apesar da perícia clínica ter reconhecimento social e desde a última década haver desenvolvimento conceptual sobre ela (Spivak, Smith & Logsdon, 2011; Guimarães et al., 2015) sabemos ainda muito pouco como é que os enfermeiros raciocinam para tomar decisões, particularmente em contexto da ação.

Sobre o processo de raciocínio na tomada de decisão, os investigadores Concorran-Perry, Sheila, Narayan, Suzanne, Cochrane & Sally (1999) identificaram, em contexto simulado, linhas de raciocínio⁹ que dois grupos de enfermeiros, iniciados e peritos, utilizaram para tomar decisões. Ambos recorreram a múltiplas linhas de raciocínio durante o processo de decisão, mas com preponderância de umas sobre outras. E entre as preponderantes, apenas uma das linhas era coincidente com aquela que esteve ligada à decisão e com conclusão. Uma análise fatorial realizada por Lauri & Salantera (1995, 2001, 2002) evidenciou que tanto o raciocínio do modelo intuitivo quanto o raciocínio da abordagem hipotético-dedutiva têm um grau de utilidade analítica na explicação da tomada de decisão dos enfermeiros (Thompson, 1999).

No final da década de oitenta, o processo pelo qual os enfermeiros acediam às necessidades dos doentes era descrito como competências relacionais e intelectuais (Gordon, 1994; Griffith, & Young, 1988) o que não deixa de ser verdade, apesar de ser uma definição

⁹ Linha de raciocínio é definida como um conjunto de argumentos nos quais o conhecimento está inserido em processos de tomadas de decisões que levam a uma conclusão. O poder de uma linha de raciocínio é o de combinar conhecimento e processos cognitivos numa só representação, e como uma pessoa utiliza o conhecimento num processo de raciocínio numa situação particular (Corcoran-Perry et al., 1999).

sem especificidade. Em 1995, Donna referiu que os enfermeiros facilmente reconheciam o conceito de raciocínio diagnóstico, mas tinham dificuldade em o descrever, apesar de lhe atribuírem importância, tanto na autonomia profissional quanto no exercício de boas práticas de cuidado.

Um grupo de 15 enfermeiros com experiência clínica entre dois e dez anos descreveram o modo como pensam para cuidar dos doentes. Eles usaram dezoito conceitos, para reunir os dados iniciais dos doentes, mas nenhum deles os ligou para lhes dar sentido (Simmons, Lanuza, Fonteyn, Hicks & Holm, 2003). Os mesmos resultados já tinham sido evidenciados por Concoran & Tanner (1998) num estudo desenvolvido com estudantes. Estes recolheram uma grande quantidade de dados sobre o estado dos doentes, mas não os relacionaram.

Quando os enfermeiros recém-formados e os seus supervisores clínicos foram questionados, sobre a hierarquização que faziam dos dados que reuniram tiveram dificuldades em responder. Mas quando foram questionados sobre o que significa pensar como enfermeiro responderam fomentar confiança, ser autónomo com responsabilidade, relacionar-se com o outro, pensar criticamente os cuidados e as suas experiências (Etheridge, 2005). Competências já anteriormente referenciadas como relacionais e intelectuais. E podemos compreender que os enfermeiros não respondem de forma explícita ao modo como pensam, mas dizem que usam o pensamento crítico e fazem referência a algumas das competências inerentes ao exercício da profissão.

O impacto de resultados como estes, associados à necessidade de compreender como é possível chegar à perícia, levou a mudanças não só nas metodologias de pesquisa, mas também na relação entre académicos e clínicos. E os resultados das investigações mostraram que os enfermeiros, com a informação que têm disponível, fazem progressivamente juízos inferenciais (Donna, 1995) e juízos diagnósticos, baseados em princípios lógicos (Salantera et al., 2003) e éticos (Benner et al., 1996; Tanner, 2006).

Carvalho, Martins, Dalri, Canini, Laus, Bachion... Rossi (2008) investigaram a utilização do diagnóstico e a relação deste com as intervenções. Os resultados não mostraram evidências satisfatórias, apesar da quantidade e da qualidade da informação nos sistemas de registo terem aumentado. Os diagnósticos realizados tinham relação com as

características definidoras dos diagnósticos, mas não havia registro escrito de evidências clínicas.

Num trabalho de pesquisa descritiva os investigadores procuraram conhecer o significado que os docentes de enfermagem das cidades de Ribeirão Preto, Goiânia e Brasília atribuem ao Processo de Enfermagem. Os resultados referem que os sujeitos da amostra têm significados diferentes. Os autores atribuíram as diferenças às distintas formações e experiências das instituições, públicas e privadas de cidades do interior paulista e da região centro-oeste brasileira (Carvalho et al., 2008).

Temos vindo a falar de saberes que representam fontes de ideias para desenvolver e relacionar conceitualmente. Falar sobre as experiências de ajudar os doentes ou de não ajudar não é um erro. São experiências muito ricas, que não têm sido articuladas dentro de entidades conceptuais (Meleis, 2005).

Retomamos por isso a importância da prática ter sido assumida como uma das fontes de desenvolvimento teórico que sustenta um conhecimento, que pode ser entendido como fundamental para a área disciplinar (Meleis, 2005; McEwen & Wills, 2009). Um conhecimento que até então não tem sido expresso em teorias práticas,¹⁰ mas em teorias conceptuais e empíricas (Meleis, 2005). Todas elas, com finalidades diferentes, são agora reconhecidas como vitais para as áreas disciplinar e profissional.

Os investigadores, no âmbito dos seus programas de doutoramento, fora e dentro de Portugal, começaram a desenvolver conhecimentos relacionados com a dimensão prática dos cuidados que, uma vez incorporados, têm sido usados não só para robustecer o desenvolvimento da disciplina, mas também para criar pistas para apoiar os clínicos nas suas decisões (McEwen & Wills, 2009; Meleis, 2005).

A título de exemplo a Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem definiu linhas de pesquisa com diferentes metas (Basto, 2012):

- capacitar os enfermeiros para aumentar o bem-estar dos doentes;

¹⁰ Teorias práticas descrevem, explicam, ou prescrevem práticas de enfermagem específicas. As teorias práticas podem beneficiar a prática e o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, permitindo a análise da prática de cuidados (McEwen & Wills, 2009).

- capacitar os doentes para o autocuidado, utilizando todos os seus recursos ou mesmo criando;
- providir o necessário conhecimento para o desempenho clínico, sendo que este pode ser concretizado a partir do conhecimento relatado, tanto pelos doentes como por quem cuida deles (Meleis, 2005).

Apesar destes desenvolvimentos permanece a questão mais simples e importante que pode ser colocada numa disciplina que é orientada para a prática¹¹: O que guia este desempenho? São os conhecimentos teóricos? São os conhecimentos clínicos? São as situações de cuidados dos doentes? É o processo de enfermagem? É o raciocínio clínico? E se é alguma destas opções, o que justifica que os clínicos não façam referência a eles? O reconhecimento do processo que guia a prática dos cuidados continua como um fenómeno de estudo relevante (Meleis, 2005) porque é o responsável pela definição e caracterização da forma de olhar e compreender os dados clínicos (Gordon, 1994).

Ter uma melhor compreensão desse processo traz benefícios importantes para os enfermeiros, pela qualidade, segurança e transparência dos cuidados que eles podem oferecer e para as organizações que os empregam, uma melhor compreensão deste processo proporciona maior proteção contra litígios e apoio na gestão da qualidade (Mattox, 2012).

Uma maior transparência, um maior autoconhecimento sobre o processo que levou a um determinado resultado capacita os enfermeiros não só para dar melhores explicações aos doentes, mas também para o desenvolvimento de parcerias com os mesmos (Buckingham & Adams, 2000; Thompson, 1999). A compreensão do processo e a sua formalização podem proporcionar aos recém-formados esquemas de reconhecimento e capacidades para fazerem juízos arbitrários. O que é importante porque a eficácia clínica é reforçada, quando o enfermeiro pode consolidar os juízos diagnósticos que levam corretamente, ou não, aos resultados previstos, sejam eles realizados sobre as propriedades dos dados singulares ou sobre uma conjugação de dados.

¹¹ A revista Nursing Research na sua primeira publicação em 1952 já publicava artigos que reconheciam a enfermagem como uma disciplina orientada para a prática.

Para os estudantes de enfermagem é importante que este processo seja reconhecido e integrado como um fenómeno complexo que requer conhecimento teórico e conhecimento prático, capacidades técnicas e capacidades cognitivas e metacognitivas para serem usadas, ao longo de todo o processo de cuidados. E se até aqui o conhecimento deste processo podia representar uma mais-valia para a formação e conseqüentemente para a clínica, agora é reconhecido como uma competência adicional e diferenciadora dos clínicos. A compreensão do processo tem implicações ao nível político, social, económico e naturalmente para o próprio desenvolvimento da enfermagem.

Reconhecida a importância da perícia para a qualidade dos cuidados, a questão não pode ser colocada apenas sobre o que guia os enfermeiros no desempenho das boas práticas de cuidado, mas também como é que as práticas de cuidado são pensadas.

A questão assume ainda uma maior pertinência depois de termos conhecimento que investigadores como Donna (1995) e Salantera et al (2001) salientam que os enfermeiros fazem juízos diagnósticos baseados em princípios lógicos, mas Tanner (2005) e Benner (2011) salientam que o fazem baseados em princípios éticos e conhecimento prático; Carvalho et al (2008) referem que há pouca evidência da relação entre os diagnósticos e as intervenções e quando há registo dos diagnósticos não há registo de evidência clínica dos mesmos.

Por isso não é despiciente que coloquemos algumas questões. Os enfermeiros fazem inferências¹² a partir do quê? Que informação usam para tomar decisões? E as decisões são apoiadas pela experiência, pelas evidências clínicas, pelas evidências científicas, por princípios gerais, pelo conhecimento clínico, ou por uma associação de conhecimentos?

Pelo que nos é dado a conhecer a complexidade do processo de cuidados está associada à acessibilidade, à multiplicidade e ambiguidade dos dados clínicos e da informação (Carnevali & Thomas, 1993; Junnola, Eriksson, Salantera & Lauri, 2003; Simmons, 2010). O que permite dizer que a complexidade da prática acontece dentro e entre as suas componentes (Bjork & Kirkevold, 2000). E quando a complexidade¹³ da informação

¹² Em 1900, Pierce definiu inferência como uma adoção consciente e controlada de uma consequência de outro conhecimento (Silveira, 2004 p.8-9)

¹³ A complexidade põe em causa as leis de inferência tradicionalmente conhecidas por leis estatísticas e de probabilidade (kim, 2006).

aumenta, também aumenta o tempo de resposta à mesma informação (Almeida & Sobral, 2005). A complexidade do processo de cuidados está presente sempre que se verificam mudanças, ainda que mínimas, porque elas têm um tal efeito que alteram as decisões planejadas e exigem uma nova avaliação das situações de cuidados (Bjork & Kirkevold, 2000).

Perante esta realidade a tomada de decisão não pode ser entendida como um modelo tradicional de raciocínio linear¹⁴ que a simplifica (Thompson, 1999). E que se pauta por um raciocínio lógico que ignora o reconhecimento dos elementos de natureza pessoal, contextual e clínicos, entre outros já enunciados. Considerá-lo assim significaria pôr de lado o processo pelo qual são definidas as decisões a tomar, os fins a atingir e os meios a utilizar. Entendê-lo linearmente é metodologicamente imprudente, não só pelas questões já apresentadas, mas também por outras duas que são centrais tanto no resultado da decisão quanto no processo.

A primeira refere-se ao dilema existente entre o rigor e a pertinência, referido por Donald Schön (1999). Os processos que estão centrados na análise dos resultados, muitas vezes, aceitam como pressuposto que o bom é igual ao certo. E isto é problemático para a enfermagem porque ainda não sabemos dizer o que se constitui como uma intervenção correta, apesar de haver padrões de qualidade pré-definidos. Nem sempre a decisão cientificamente correta é aquela que é recomendada pela avaliação clínica do enfermeiro (Thompson, 1999).

Sabemos que os enfermeiros optam muitas vezes, por dar prioridade, à "utilidade simbólica" e não tanto ao rigor da decisão tomada. Ao atribuírem significado e agirem, os diferentes participantes no processo, decidem frequentemente, pelas segundas melhores opções (O'Neil, 1994; Simmons et al., 2003). Mesmo quando as decisões estão protocoladas, o processo continua a ser influenciado por fatores pessoais, culturais e contextuais que se sobrepõem à hierarquia, poder, liderança, educação formal, experiência e responsabilidade (Hancock & Easen, 2006). Todas elas podem ser legitimadas como

¹⁴ Linear é um qualificativo dado a um fenómeno cujos elementos se mantem numa sequência estável e ordenada

decisões corretas, mas cada uma vai ser concebida de forma muito diferente em termos de processo e de resultado.

De facto, sabemos muito pouco sobre a relação entre os dados e a informação que é usada para tomar decisões (Thompson, 1999). É um tema que carece de uma maior reflexão e que aguarda um conhecimento alargado sobre os dados clínicos que os enfermeiros reconhecem com entidades referentes, para criarem informação e a partir dela tomarem decisões.

Mas também necessitamos de um maior conhecimento da estabilidade desta informação porque há algumas questões problemáticas, que podem pôr em causa a relação dados e informação. Referimo-nos aos sistemas de cuidados de saúde; às alterações demográficas das populações doentes; ao desenvolvimento da ciência de enfermagem; à informatização dos dados clínicos; ao ensino dos juízos clínicos e das categorias diagnósticas comuns (Gordon, 2005; Salantera et al., 2001; Ritter, 2003; Hendry & Walker, 2004; Hedberg & Larsson, 2004; Carr, 2004; Huckabay, 2009).

A segunda questão, pela qual é metodologicamente imprudente tomar o processo de decisão como um modelo de raciocínio linear, decorre da natureza do raciocínio clínico durante o processo de cuidados. Segundo Benner et al., (1996)¹⁵ os enfermeiros não usam um raciocínio lógico¹⁶ e dedutivo, apoiado por um processo de categorização dos juízos diagnósticos, porque isso não se adequa ao processo de interpretação realizado na área dos cuidados de enfermagem.

O processo difere muito da compreensão usual que tem dominado nos últimos trinta anos a academia de enfermagem. Os investigadores acrescentam que a riqueza na compreensão da experiência humana de saúde e na resposta a ela, não passa pela rotulagem abstrata de uma taxionomia de categorias, mas sim pelo conhecimento particular do doente (os seus próprios padrões de resposta, a sua história, a sua forma de viver com a doença) em junção

¹⁵ Benner classifica o modelo de raciocínio diagnóstico como um processo de resolução de problemas na medida em que usa uma abordagem que é apoiada pelo modelo de Bayes (nome do matemático Thomas Bayes) que sustenta o raciocínio hipotético-dedutivo e que providencia padrões normativos com os quais os juízos podem ser comparados.

¹⁶ O raciocínio lógico é caracterizado pela sua precisão. E baseia-se em dados prováveis ou em factos. É um raciocínio analítico, racional, sequencial e linear, avançando passo a passo conforme as regras pré-definidas.

com o conhecimento clínico, que é ganho pela experiência de cuidar muitas pessoas com situações similares (Benner et al, 1996, Hedberg & Larsoon, 2003 Tanner 2006). Um processo que culmina numa avaliação de natureza descritiva e sistematicamente atualizada (Lopes, 2006).

Estas observações de Benner e dos seus colaboradores são reforçadas por Feinstein (1994) quando este refere que a perícia do juízo clínico desafia a cientificidade das taxionomias que habitualmente têm sido usadas. Não porque elas não estejam bem construídas e desenvolvidas a partir das práticas, mas porque o mundo concreto da prática se desenvolve num campo de grande complexidade e incerteza. Cada situação clínica difere de todas as outras, até mesmo quando há semelhanças.

A ser assim faz algum sentido continuarmos a fazer referência ao processo de enfermagem?

Uma estrutura emblemática de um modelo de pensamento e ação que está associada a um raciocínio analítico, lógico e linear. Organizado por um conjunto de etapas sequenciais com vista a realizar um diagnóstico e resolver o problema. Se estruturas desta natureza continuarem a fazer sentido, então as taxionomias diagnósticas, que vêm sendo construídas desde há alguns anos, também o fazem. Ou será melhor privilegiarmos a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem que criou um Sistema de Linguagem Padronizada. Uma linguagem que pode ser facilitadora do desenvolvimento disciplinar, da utilização desta na sociedade e entre os profissionais da área. Mas também pode expressar o conhecimento da própria área científica e clínica.

Dada a problemática empírica que vimos apresentando, as questões que já nos foram surgindo e outras que ainda podem surgir, tomámos como boa decisão ir para o campo clínico observar as ações¹⁷ e as interações¹⁸ dos enfermeiros durante o processo de cuidados, porque só o contexto real nos pode dar pistas para as questões que colocámos.

O relatório que apresentamos, enquadrado conceptualmente na área de enfermagem, visa descrever com rigor e parcimónia o percurso que fizemos na procura de respostas, ao

¹⁷ As ações têm valor por si mesmo, quando enquadradas na prática dos cuidados são portadoras de sentido e veículos de transformação. Elas expressam o conhecimento e a tomada de decisão

¹⁸ As interações são ações recíprocas que modificam o comportamento ou a natureza da informação. E elas são reconhecidas como um conceito major para a enfermagem porque é através delas que os enfermeiros desenvolvem todo o processo de cuidados (Meleis, 2005).

longo dos últimos anos. Um percurso que não foi isento de valores e de um conjunto de crenças do investigador sobre a competência clínica dos enfermeiros e a definição de enfermagem.

Importa dizer que este caminho foi, antes de mais, uma forma de desenvolvimento de conhecimento e que fez parte de uma ambição pessoal. Por um lado, para esclarecer dúvidas e questões que se mantêm com pertinência. Por outro, para poder sentir com propriedade os domínios intelectuais e interativos de uma área do conhecimento e de uma profissão, que ensina a viver e a lidar com o sofrimento humano de outrem. Por outro ainda, a responsabilidade enquanto docente de enfermagem, de trazer conhecimento formalizado que enriquece tanto a área disciplinar quanto a profissão de enfermagem.

Na introdução problematizámos empiricamente questões ontológicas, epistemológicas e clínicas que justificam a fragilidade do conhecimento no domínio do fenómeno “a dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros”. Denunciamos a utilidade desta investigação e a relevância do tema na atualidade da enfermagem portuguesa.

Na primeira parte considerámos a problematização teórica na qual apresentamos referências concetuais. Depois exploramos modelos de raciocínio na tomada de decisão com representação na enfermagem, e numa atitude crítica de análise e de síntese evidenciamos as suas potencialidades e fragilidades.

Mantendo-se a necessidade de clarificar o problema de pesquisa decidimos realizar uma revisão qualitativa da literatura: síntese de evidências qualitativas, a partir da qual conceptualizámos os resultados de um conjunto de estudos, cujo fenómenos de interesse foram os conceitos que estruturam a tomada de decisão. Ao longo deste processo a nossa postura crítica foi conservada e não nos comprometemos com a literatura que explorámos. Mas ela foi importante porque nos despertou para novas questões que nos ajudaram a compreender e definir melhor o problema. No final da primeira parte delineámos um conjunto de questões já com uma maior clareza, delimitámos o problema, a questão de investigação e definimos os objetivos e finalidade do estudo.

A segunda parte explora o percurso da investigação que foi epistemologicamente sustentado em pressupostos pragmáticos e metodologicamente por uma abordagem compreensiva e integradora. Optámos por uma abordagem interpretativa de natureza qualitativa. E através

dela objetivámos descrever e explicar o processo de raciocínio clínico que os enfermeiros utilizam para tomar decisões numa unidade de cuidados intermédios.

Tomámos como referência o método da teoria fundamentada descrito por Strauss & Corbin (2009) e por Charmaz (2009). Um método que não se pauta pela procura de dados que possam definir um padrão de comportamentos, mas sim pela procura da diversidade de comportamentos. Trata-se de um método, que usado com acuidade e primor, tem instrumentos de análise para revelar aquilo que os informantes dizem e fazem ou o que não dizem, por considerarem óbvio. Esses instrumentos permitiram ao investigador numa primeira fase compreender o sentido¹⁹ dos dados para depois formar categorias conceptuais e, numa segunda fase, um refinamento analítico para os elevar a conceitos.

Na terceira parte titulada como o processo de teorização descrevemos o modo como desenvolvemos todo o processo. Por isso começamos por apresentar as ideias que os dados revelaram sob a forma de conceitos, por decisão subjacente àquilo que nos disse Pascal “considero impossível conhecer as partes enquanto partes sem conhecer o todo, mas considero ainda menos possível conhecer o todo sem conhecer singularmente as partes” (Morin, 1991 p.124).

Na concetualização apresentamos a estrutura de cada um dos conceitos e as propriedades destes; para documentar a precisão empírica revelamos alguns excertos dos dados analisados a par do texto que os referencia. No ponto dois do processo de teorização apresentamos a teoria (pressupostos, conceitos e postulados); a compreensão da mesma em contexto de unidade de cuidados intermédios e a explicação da estrutura da teoria que é de natureza substantiva. A teorização é encerrada com um modelo explicativo da teoria, nomeado como “Modelo Recursivo, Generativo e Integrativo. O ponto três desta terceira parte é preenchido pela discussão dos resultados obtidos e a conclusão do relatório que seguiu as normas da APA 6ª edição.

¹⁹ Chamamos sentido àquilo que se pode articular, como uma abertura para a compreensão. O sentido abrange a associação formal daquilo que se pode articular pela interpretação (Heidegger, 2005).

PRIMEIRA PARTE – PROBLEMATIZAÇÃO TEÓRICA

1.REFERÊNCIAS CONCRETAS

As referências concretas visam facilitar o reconhecimento do problema, através de uma descrição e análise da literatura de referência. O reconhecimento dos enunciados dos conceitos é importante porque as suas definições são objetos textuais multidimensionais que identificam os modos de compreensão dos fenômenos, no seio de uma determinada área científica.

1.1 O CONCEITO RACIOCÍNIO CLÍNICO

Os conceitos raciocínio clínico, julgamento clínico e tomada de decisão são ainda pouco claros, tomando em consideração a concretização que tem sido desenvolvida a partir dos anos oitenta do século passado. Banning (2008) fez uma análise conceitual do raciocínio clínico, usando 71 publicações no intervalo de 1964 a 2005. A partir dela definiu o raciocínio clínico como uma aplicação de conhecimentos e experiências a uma situação clínica. E concluiu que o raciocínio clínico pode não ser um processo linear de etapas. Higgs et al., (2001) definiu o raciocínio clínico em enfermagem como um processo que apoia o julgamento profissional, a avaliação da qualidade e contribuição das evidências disponíveis, para melhorar a resolução de problemas, ponderar sobre a evidência disponível para tomar decisões, sobre o diagnóstico e opções de tratamento relevantes para os cuidados de enfermagem solicitados pelos utentes.

Uma definição que foi corroborada, com mais ou menos elementos, por outros investigadores, que ao longo dos anos se têm debruçado sobre o conceito de raciocínio clínico, tais como (Simmons et al., 2003, 2010; Gingras, 2003; Johansson, Pilhammar & Williman, 2009; Carvalho, Kumakura & Morais, 2017). A School of Nursing and Midwifery Faculty of Health, University of Newcastle (s/d) também definiu o raciocínio clínico como um processo através do qual os enfermeiros colhem dados para chegarem à compreensão de um problema ou situação do doente, planeiam e implementam intervenções, avaliam os resultados, refletem e aprendem com o processo. Herdman

(2018, pag. 100) para definir o raciocínio clínico tomou como referências Koharchik et al (2015) e Banning (2008). O primeiro investigador diz que “o raciocínio clínico requer a aplicação de ideias e da experiência para chegar a uma conclusão válida; o raciocínio na área de enfermagem descreve a forma como um enfermeiro analisa e entende a situação de um doente e chega a conclusões.

Um grupo de investigadores pesquisou nos acervos das bases CINAHL, PubMed, Academic Search Premier, Archives of the Clinical Simulation in Nursing online Journal nos últimos dez anos e também no Google sem limitações de anos, definições do conceito raciocínio clínico. E como podemos observar (quadro 2) há nove enunciados do conceito raciocínio clínico (Jacobs, Wilkes, Taylor & Dixon, 2016).

QUADRO 2 ENUNCIADOS DO CONCEITO RACIOCÍNIO CLÍNICO

Raciocínio clínico é um componente essencial da prática profissional. É definido como um processo de pensamento repetitivo que usa habilidades cognitivas dedutivas e indutivas para colher e avaliar os dados.
Raciocínio clínico é o processo pelo qual os enfermeiros tomam decisões sobre os cuidados a prestar ao doente. Requer conhecimento específico do doente, compreensão dos processos específicos da doença e requer ainda intervenções de enfermagem.
Raciocínio clínico é um componente importante dos cuidados de saúde que se concentra no processo de tomada de decisões que é pertinente para gerir os cuidados do doente após a recolha e análise dos dados em causa.
Raciocínio clínico é considerado uma forma de raciocínio baseada na prática que requer uma ampla base de conhecimento. Também requer a capacidade de entender a relevância das evidências que sustentam o conhecimento e o impacto que têm em cada doente.
Raciocínio clínico é uma maneira de pensar e tomar decisões, que é dependente do contexto da prática profissional para orientar as ações dos profissionais. Ele permeia toda a prática clínica, é considerado com o cerne da prática clínica que inclui também a reflexão.
Raciocínio clínico é um processo pelo qual os enfermeiros procuram compreender o significado dos dados que foram recolhidos do doente e, a partir deles definir um plano de cuidados para o doente.
Raciocínio clínico refere-se a um processo cíclico pelo qual os enfermeiros se movem sequencialmente até uma decisão final, ou seja, chegar a uma conclusão.
Raciocínio clínico é considerado um termo muito específico e refere-se a formas de pensar sobre a problemática do doente.
Raciocínio clínico envolve e liga as ideias à experiência para chegar a uma conclusão válida e é usado para descrever a maneira como um profissional de saúde analisa e entende a situação de um doente e tira conclusões.

Fonte: Jacobs et al., (2016)

No ano em curso um grupo de investigadores Young, Thomas, Lubarsky, Gordon, Gruppen, Rencic, J., ... & Schuwirth, (2020) mapeou a literatura existente na área da educação e das profissões da saúde (1968-2014) o conceito de raciocínio clínico. Foram reunidos 625 artigos, que foram organizados em função da presença do termo 'raciocínio clínico' e outros a ele referidos. Pouco mais de um terço dos artigos desta revisão tinham o termo 'raciocínio clínico' no título, resumo ou corpo do artigo.

Os termos referentes ao raciocínio clínico foram agrupados em seis categorias focados no 'porquê', 'como', 'onde', 'o quê' ou 'o que deveria' resultar de um processo de raciocínio. E cada categoria, de acordo com os autores, parece ser definidora dos diferentes componentes do processo de raciocínio clínico. (1) As competências de raciocínio referem-se às habilidades necessárias para raciocinar clinicamente; categoria (2) a proficiência do raciocínio é referida para alcançar metas no raciocínio clínico; (3) processo de raciocínio é focado no "como" do raciocínio clínico - propondo componentes processuais ou meios pelos quais o processo de raciocínio se desdobra (por exemplo, raciocínio analítico, intuição, heurísticas); (4) os resultados do raciocínio focam-se no "o quê" a partir de um processo de raciocínio (por exemplo, um diagnóstico, um plano de gestão de cuidados), a qualidade desse resultado (por exemplo, precisão, qualidade) e os erros ou falhas de raciocínio (por exemplo, preconceito, erro); (5) contexto de raciocínio inclui noções de "onde" o processo de raciocínio está a ocorrer indo "para além" da cognição individual dos clínicos, ou fatores que poderiam influenciar esse raciocínio, incluído numa tomada de decisão partilhada, e uma consciência situacional, quando se enquadra em contextos específicos; (6) o objetivo é focado no "porquê" do raciocínio clínico para a gestão do doente, poder determinar um tratamento ou propor um diagnóstico.

Acreditamos convictamente que o raciocínio é uma entidade de natureza cognitiva e metacognitiva que relaciona as ideias de forma lógica, clássica ou não clássica, para lhes encontrar um sentido. É o raciocínio que permite, através da interpretação e generalização, estabelecer relações de temporalidade e causalidade entre eventos. É o raciocínio juntamente com a ação que permitem construir artefactos, que suportam as interações com o ambiente que nos rodeia e garantem a sobrevivência.

A nossa compreensão sobre os dados empíricos que analisámos, obtidos a partir de uma equipa de cuidados numa unidade de cuidados intermédios, permitiu-nos inferir que o raciocínio clínico é abstratamente simples, mas ao mesmo tempo na sua simplicidade, é uma entidade única para fazer relações. O raciocínio clínico, através de diferentes estratégias metodológicas, usa o conhecimento para relacionar dados clínicos, informação clínica e tomar decisões. Tomando ainda como referência a nossa pesquisa e as referências que utilizámos, o raciocínio clínico enquanto processo é dinâmico, recursivo e relaciona um conjunto de dados compagináveis com a experiência de saúde dos utilizadores dos cuidados.

Numa lógica indutiva e abductiva, conjuga o raciocínio analítico e raciocínio intuitivo, em função da natureza da situação clínica, do tempo disponível e da competência do clínico (Magalhães, Lopes & Fonseca, 2013). Quando a decisão se torna emergente e a informação é escassa ou vasta mas não organizada trata-se de um raciocínio intuitivo, definido por analogia com outras situações de cuidados já experienciadas, tal como a isso também se referem (Kahneman et al., 2005).

Quando os dados clínicos se alteram enquanto a intervenção acontece, prevalece uma lógica abductiva, sobrepondo-se aparentemente no tempo a intervenção e a avaliação da mesma (Lopes, 2006; Jesus, 2006). Todo este processo é guiado por uma racionalidade clínica para obter a melhor decisão para o doente e a sua circunstância (Yang & Thompson, 2010).

As diferentes estratégias, usadas pelo raciocínio clínico como referenciais, são-nos apresentadas sob a forma de modelos. Os modelos são desenvolvidos por formalismos metodológicos conceptuais, probabilísticos²⁰ e fenomenológicos. Como referenciais probabilísticos têm sido usados a árvore de decisão formal, a árvore de decisão informal

²⁰ Os formalismos probabilísticos também são utilizados como um recurso para lidar com a incerteza clínica. A incerteza é definida pela incapacidade de determinar o sentido dos eventos relacionados com a doença, e que ocorrem quando quem toma as decisões é incapaz de atribuir valor definitivo a objetos e eventos e/ou é incapaz de prever os resultados com precisão (Mishel, 1988, cit. por Tomey e Alligood, 2002)

ou o teorema de probabilidades de Bayes (Thompson 2005, 2003, 1999; Narayan, Corcoran-Perry, Drew, Hoyman, & Lewis, 2003) e que explicitaremos mais adiante.

Entre os conceptuais estão o método de resolução de problemas e o método hipotético-dedutivo. O método de resolução de problemas envolve a identificação de um problema e os fatores que o determinam. O reconhecimento destes fatores pode ser usado para resolver o problema em causa. Este método está associado a uma estrutura de causalidade linear, inteiramente definida antes de se iniciar qualquer intervenção. A informação recolhida para resolver o problema mantém-se inalterada até que seja encontrada a resolução.

A resolução de problemas também pode ser pensada como um dos conceitos centrais que integra a tomada de decisão, a par de outros como conhecer e avaliar o doente. No quadro de um modelo de tomada de decisão, a resolução de problemas é um processo contínuo que se insere entre os contínuos “interagir e “intervir”. O processo fiador da continuidade dos cuidados toma em consideração a identificação de situações de cuidados, a seleção de estratégias de intervenção e a programação de ações (Jesus, 2006).

O método hipotético-dedutivo também está associado a um raciocínio que mantém as etapas previamente definidas, mas tem um comportamento dinâmico face ao reconhecimento da incerteza com que se pode confrontar. Neste método o clínico confrontado com um dado problema, utiliza o seu conhecimento e relaciona com uma hipótese (uma associação de dados com sentido) que pode explicar o problema. Perante a incerteza desta hipótese ela é aferida com novos dados e nova informação, obtida por diferentes instrumentos clínicos, e acaso ela possa ser confirmada o diagnóstico é estabelecido.

Este é um modo de inferência que é passível de ser usado sempre que o tempo de decisão o permite e a informação é clara e estruturada. Há uma preocupação em estruturar o problema em função de padrões já conhecidos, reunir dados relevantes em função desse padrão e aplicar ações, com as quais se está familiarizado.

Quando surge um problema para o qual não é evidente uma explicação segura, são tidas em consideração várias hipóteses. Na área de enfermagem os investigadores (Doenges & Moorhouse, 2003; Koskela, Pekka Ryyanen & Soini, 2010; Wong & Chung, 2002; Diná da Cruz & Pimenta, 2005; Kamiya, Honda, Kasaoka, Egawa, Yada & Miyawaki, 2012); Lima & Kurcgant, 2006) têm nomeado este método como raciocínio diagnóstico.

Carnevali, Mitchell, Woods & Tanner (1984) na sua publicação “*The diagnostic reasoning process*” define o raciocínio diagnóstico como um processo complexo de observação e pensamento crítico sobre os dados que são reunidos para identificar e classificar os fenómenos encontrados nas situações clínicas. Esta classificação, associada a uma nomenclatura, não é um fim em si mesmo. Mas é um meio que proporciona princípios de interpretação e conhecimento sobre a natureza do fenómeno em observação. Por sua vez, esta classificação e o conhecimento associado a ela, gera as decisões do plano terapêutico que têm hipóteses de produzir o resultado desejado no doente. Por isso a finalidade do raciocínio diagnóstico é conseguir um tratamento que seja racionalmente previsível e assim contribuir para o bem-estar do doente, em áreas específicas.

O processo de raciocínio diagnóstico é uma mistura indivisível de fatores que não estão diretamente relacionados com o doente, mas que influenciam a observação e o pensamento de quem diagnostica, os elementos do processo e a sequência do mesmo. Carnevali & Thomas (1993) referindo-se à complexidade tanto do diagnóstico de enfermagem e plano terapêutico como das situações clínicas dos doentes, escrevem “... *there is no way to make diagnosis and treatment of health-related reponses and situation simple without being unrealistic*» p. 5

O referencial fenomenológico é nomeado como “conhecer o doente” e este assume que a doença do doente transforma a sua experiência no mundo. O método tem sido identificado por diferentes investigadores como julgamento clínico (Lin, Hsu & Tasy, 2003; Donna, 1995; Benner et al., 1996, 2011; Salantera et al., 2003; Tanner, 2006; Dowding, Spilsbury, Thompson, Brownlow & Pattenden, 2009; Huckabay, 2009; Huiqin & Thompson, 2010; Gillespie, 2010).

O envolvimento com o doente e aquilo que se refere a ele (Hedberg & Larsson, 2003; Tanner, 2006), o grau de conhecimento do mesmo e dos seus padrões de resposta estão na base dos julgamentos clínicos (Aitken, 2003). É o conhecimento prévio do doente enquanto pessoa e a sua situação de doença previamente identificada, que ajudam a reconhecer os sinais e sintomas e que, a partir da interpretação destes são definidas prioridades (Junnola et al., 2003; Hedberg & Larsson, 2003; Wolf, Potter, Siedge, Boxerman, Grayson & Evanoff, 2006).

Quando os enfermeiros reconhecem os padrões de resposta dos seus doentes, certos aspetos da situação são logo salientados, enquanto outros nem tanto; as diferenças qualitativas entre padrões esperados e os vivenciados só são possíveis de serem reconhecidas pelo conhecimento do doente; e só este conhecimento permite intervenções individualizadas (Cone & Murray, 2002; Tanner, 2006). As decisões são tomadas igualmente com o uso do conhecimento do doente (Hedberg & Larsson, 2002; Kennedy, 2004) e delineadas pelo conhecimento pessoal (Polanyi & Proch, 1977) do enfermeiro (Salantera et al., 2003).

Para conhecer o doente os enfermeiros menos experientes coligam-se com os mais experientes (Curry et al., 2006; Twycross & Powis, 2006). O conhecer o doente e o conhecimento para tal é avaliado através das observações dos sintomas, da confirmação da informação e da implementação de estratégias (Hedberg & Larsson, 2003). Neste método os enfermeiros têm de ter competências de reflexão na ação e sobre a ação (Kuiper & Pesut, 2004; Bond, 2006). Nele o raciocínio clínico é um processo dinâmico, recursivo e integrador de informação.

Neste referencial fenomenológico o clássico de John Dewey “How we Think” o julgamento é pensado como interpretação de factos. O julgamento é construído a partir de um conjunto de juízos, unidades básicas do julgamento que vão interpretando e reinterpretando em função de três fatores: o contraditório; um processo de definição e elaboração dos factos aduzidos; e uma decisão final ou sentença. A palavra julgamento foi originalmente aplicada para tomar decisões sobre questões de contraditórios legais.

Ernestine Wiedenbach identificou o julgamento como a potencialidade do enfermeiro para

tomar decisões seguras. Afirmando que o julgamento advém de um processo cognitivo que envolve a ponderação dos factos- tanto os gerais como os particulares- em relação a valores pessoais derivados de ideias, princípios e convicções. O julgamento é de carácter pessoal e será exercido pelo enfermeiro, de acordo com a clareza com que perspetiva o objetivo a ser atingido, o tempo e o conhecimento disponível (Tomey & Alligood, 2004).

Na literatura anglo-saxónica o julgamento clínico é definido como a melhor conclusão que pode ser alcançada por um enfermeiro num dado tempo, dada a informação disponível (Gillespie & Paterson, 2009). A definição reflete uma realidade clínica na qual os enfermeiros se envolvem num processo dinâmico, movendo-se entre os possíveis julgamentos e a recolha de dados. A continuidade desse processo permite que o enfermeiro tenha uma compreensão evolutiva do doente e da sua situação clínica.

O desejo de conhecer deriva do julgamento, um ato intelectual que questiona o sentido do mundo concreto e a inteligibilidade do mundo abstrato. E é este julgamento que determina o que deve ser feito. Logo o ato de julgar torna-se visível nas decisões que são tomadas (Donna, 1995).

O conceito de julgamento clínico para os investigadores (Benner et al., 1996; Tanner, 2006) significa uma interpretação ou conclusão acerca das necessidades, interesses, ou problemas de saúde, e/ou a decisão para agir (ou não). O que modifica as abordagens padronizadas, ou a criação de outras que se adequem às respostas dos doentes. Mas também pode ser usada para revelar o modo pela qual os enfermeiros se envolvem na compreensão dos problemas, e dos recursos dos clientes/doentes, na seleção da informação pertinente, e numa resposta concertada e envolvente. Os investigadores citados reforçam que a sua compreensão do conceito julgamento clínico remete para uma tomada de decisão deliberada e competente. Para Manetti (2019) o julgamento clínico é um termo ambíguo que é sinónimo do termo tomada de decisão e resulta do pensamento crítico e do raciocínio clínico.

O julgamento clínico está associado a clínicos ou investigadores que definem a prática de cuidados como um campo de complexidade e incerteza, na qual cada situação clínica difere de todas as outras, mesmo quando há semelhanças. O conceito está associado a um raciocínio clínico que promove juízos arbitrários de forma sistemática, para interpretarem

mudanças subtis no comportamento dos doentes. No âmbito da atividade clínica o julgamento clínico, uma vez aferido e consensualizado entre os pares é assumido como decisão. Os julgamentos clínicos determinam a natureza da situação e imprimem força de evidência às decisões que indicam a ação a ser tomada (Buckingham & Adams, 2000).

A tomada de decisão representa uma escolha entre alternativas, que não são inócuas. Elas são resultado da interação entre pressupostos ideológicos e a competência de quem decide, do contexto onde ocorre a decisão, das habilidades cognitivas de quem decide e da natureza da situação clínica em causa (Buckingham & Adam, 2001; Tanner, 2006; Jesus 2006; Gillespie 2010) mediadas pela temporalidade do aqui e agora (Jesus, 2006; Lopes, 2006; Benner et al., 2011).

Daí que Thompson (1999) reconheça que a tomada de decisão representa uma das formas de operacionalizar o conhecimento de enfermagem. E assim, é do conjunto destes elementos enunciados, que depende a decisão e a estratégia de raciocínio clínico a utilizar (Bucknall, 1999; Buckingham & Adams, 2000; Dowding & Thompson, 2003; Narayan et al., 2003; Thompson et al., 2004; Bond & Cooper, 2005; Twycross & Powls, 2005; Aitken, 2007; Dowding et al., 2008; Gillespie & Paterson, 2009; Rycroft-Malone, Fontenla, Seers & Bick, 2009; Lamb & Sevdalis, 2011; Gillespie, 2010; Naomi, 2010; Majid, Foo, Luyt, Zhang, Theng, Chang & Mokhtar , 2011).

Definir uma decisão como boa ou má não é fácil. Porque elas acontecem durante as interações enfermeiro-doente e a maior parte das decisões clínicas são processuais e multidimensionais. Há decisões ao longo de todo o processo de cuidados i.e., no conhecer o doente, nos dados que são recolhidos, na interpretação destes, na seleção das melhores estratégias, nas decisões sobre as melhores intervenções (Gillespie 2010; Jesus, 2006). E uma vez chegado à decisão os enfermeiros determinam não só o que deve ser feito, mas também como o devem fazer (Boblin-S. Cummings, Baumann & Deber, 1999).

A tomada de decisão em contexto de cuidados pode adotar vários formatos, “esperando e observando ” e “ tentar algo” (Gillespie & Paterson, 2009). A não decisão, decorrente da incerteza tem implicações significativas para a segurança do doente, e evidencia a importância de os enfermeiros reconhecerem que precisam de ajuda. A opção de decisão de “tentar algo” reconhece que há outras alternativas.

Quando assim acontece os enfermeiros optam por continuar com uma ação “experimental”, mas permanece em aberto a revisão desta, logo que haja novos dados. A melhor decisão irá considerar a singularidade do doente e do contexto envolvente.

Quase tudo o que um enfermeiro faz envolve decisões. Mas nem todas são passíveis de serem executadas no mesmo tempo. Há decisões que são tomadas num tempo diferente em que a decisão ocorre e estas são passíveis de serem diretamente observadas. Há outras decisões que não são passíveis de observação direta, porque elas acontecem como se houvesse um tropismo para a ação. São decisões que se confundem com os juízos e que só são perceptíveis no curso das ações. Elas estão associadas aos diferentes referenciais metodológicos de raciocínio clínico.

A National League for Nursing Accreditation Commission (2002, p. 8) não acolhe os termos julgamento clínico nem processo de tomada de decisão e nomeia o processo como avaliação clínica. Nesta avaliação são consideradas duas dimensões - a dimensão de diagnóstico e a dimensão intervenção e qualquer uma delas deve ser objeto de análise ética. A avaliação clínica foi definida como um processo intencional não linear, de recolha, interpretação e de análise de resultados. Toma em consideração e avalia informações tanto factuais como informações baseadas em crenças. Este é o conceito que é sistematicamente utilizado pelos enfermeiros na prática dos cuidados. Porque eles dizem “nós avaliamos...e depois”. Nesta avaliação há uma dimensão diagnóstica seguida de uma dimensão de intervenção.

O conceito Avaliação Diagnóstica é definido por Lopes (2006) como um processo de avaliação /reavaliação da decisão mais complexo, e que não se identifica como um processo de diagnóstico ou como um conjunto de juízos clínicos, mas sim como um processo que acontece num entrelaçado helicoidal que vai progredindo durante todo o processo de cuidados, num contínuo que não é fácil perceber onde acaba a avaliação e começa a intervenção. Trata-se de um processo em continuidade, sempre que há proximidade física ou não, com o doente. Neste entrelaçado não há momentos dedicados especificamente à avaliação da situação ou à intervenção, nem existe uma separação entre a recolha de informação para efeitos diagnósticos e avaliação.

Nos conceitos descritos todos eles reconhecem a importância dos dados, da informação, avaliação, diagnóstico ou julgamento. Nem sempre o conhecimento é chamado à coação, no entanto sem conhecimento não há informação, e sem esta não há avaliação, diagnóstico ou julgamento. Recolher dados clínicos não é algo de senso comum, exige reconhecê-los como tal, saber recolher os dados num espaço e num tempo adequado, uma vez que os doentes no seu livre arbítrio têm a possibilidade de dar os dados que querem, como e quando querem é preciso ter conhecimento. Dar sentido aos dados para lhes reconhecer relevância, ou construir proposições a partir deles é preciso ter conhecimento e modelos organizadores do raciocínio clínico.

Os conceitos, unidades básicas de conhecimento, só por si não representam a realidade. Só os modelos é que são reconhecidos como úteis para compreender a realidade aparentemente complexa. Eles são descritos como representações simplificadas e inteligíveis de um dado fenómeno, que pretende revelar as suas características essenciais. E pragmaticamente simplificam, reduzem e concretizam. Por isso são necessários para fazerem a ponte entre o mundo empírico e o teórico (Sayão, 2001).

1.2 MODELOS DE RACIOCÍNIO NA TOMADA DE DECISÃO

O primeiro modelo, identificado como instrumento concetual, foi e continua a ser reconhecido como simbólico, porque criou os fundamentos para a profissionalização da enfermagem - o processo de enfermagem. Uma expressão divulgada pela primeira vez por Ida Orlando, que surgiu na sequência do desenvolvimento das suas pesquisas, sobre as interações dos enfermeiros com os doentes, com os seus pares e com a equipa.

“Orlando apresentou conceitos interrelacionados que representavam uma visão sistemática dos fenómenos de enfermagem; especificou os conceitos e explicou o que acontece ao longo do processo de enfermagem e porquê; descreveu também a forma como este processo pode ser controlado e explicou como o controlo leva à previsão do resultado” (Schmieding, 1993 cit por Tomey e Alligood, 2004 pag. 446).

O modelo estruturou-se a partir de uma interação entre o comportamento do doente, a reação do enfermeiro face ao comportamento observado e uma ação consequente. Os resultados da pesquisa de Orlando revelaram que as ações de enfermagem eram consequentes às experiências dos doentes e às necessidades de ajuda imediata.

Na explicação do processo Orlando releva a importância de os enfermeiros fazerem inferências sobre as experiências dos doentes o que, num pensamento iluminado, renunciava a nomeação dos juízos diagnósticos que o processo de enfermagem veio mais tarde a considerar. Não o tendo referido como tal, denuncia o sentido e a necessidade de uma avaliação sistemática, quando reconhece que as necessidades são da ordem do aqui e do agora ao afirmar que “...as ações de enfermagem derivam das experiências dos doentes e das necessidades de ajuda imediata” e delata também a tomada de decisão ao referir que as ações de enfermagem são deliberadas e concebidas para identificar e satisfazer a necessidade do doente (Schmieding, 1993 cit por Tomey e Alligood, 2004 p. 447).

O processo não tendo uma referência explícita à tomada de decisão, à semelhança de outros na área de enfermagem, não deixa de ser um modelo de decisão, porque ela é intrínseca a qualquer processo de cuidados.

Nos anos que se seguiram este modelo foi modificado, por influência de outras áreas e passou a ser definido por um conjunto de etapas sequenciais, que foram variando tanto no número quanto no nome que lhes foi atribuído. O quadro 3 mostra a estrutura dos modelos que a literatura dos anos oitenta e noventa nos oferece.

Quadro 3 Modelos do processo de enfermagem

1983 Carpenito Focado no problema	1989 Doenges et al Focado no diagnóstico	1993 Carnivali & Thomas Focado no diagnóstico	1994 Gordon Focado no diagnóstico e intervenção
Avaliação	Colheita de Dados	Colheita de dados antes do encontro com o doente	I FASE Fase diagnóstica
Identificação do problema	Análise e revisão dos dados	Inicia avaliação	A -Colheita de informações B – Julgamento diagnóstico
Planeamento	Síntese dos dados em diagnósticos	Colheita de dados com o doente	C- Categorização diagnóstica dos problemas atuais e potenciais
Execução	Combinação dos diagnósticos com fatores etiológicos e sinais e sintomas	Agrupamento dos dados relevantes	II FASE
Reavaliação		Comparação das características dos diagnósticos com os dados do doente	Fase de Resolução de problemas
		Seleção do diagnóstico	A-Definição de resultados esperados B -Planeamento dos cuidados C -Intervenções D – Avaliação de resultados

FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

Como podemos observar, de modos diferentes todos os modelos reconhecem a importância de ter dados ou informação sobre o doente, para a partir dela planearem ou diagnosticarem. São modelos que usam um raciocínio lógico, racional, analítico e sequencial, e que têm sido usados na formação dos estudantes. Mas eles não são

reconhecidos pelos enfermeiros, e por isso, o processo de enfermagem deve ser objeto de desenvolvimento teórico (Meleis, 2005), tanto mais que ele tem assumido diferentes designações decorrentes do foco de atenção que lhe é dado.

O modelo denuncia a existência de um método que dá orientações para o desenvolvimento do processo de cuidados e, enquanto tal, contraria a ideia dos cuidados de enfermagem serem pensados como um conjunto de tarefas para resolver um problema. É neste sentido que o modelo fez parte duma nova direção que a enfermagem tomou, apoiada pela organização mundial de saúde e por organizações profissionais.

O processo de enfermagem foi imposto aos enfermeiros, como uma abordagem popular (La Cuesta, 1983) de um método de resolução de problemas (Gordon, 1994) alicerçado num método científico de observação, mensuração e análise dos dados (Garcia e Nóbrega, 2009). Mas a abordagem científica e abordagem clínica não são a mesma coisa, não são contraditórias, mas têm funções diferentes como mostra o quadro 4.

Quadro 4 Abordagens aos problemas clínicos

Atividade de Investigação	Atividade Clínica
<p>O investigador está intrigado</p> <p>Orientada para conclusões</p> <p>A preocupação do “porquê” e do “como” é fundamental</p> <p>A utilidade social é secundária</p> <p>Os limites são estabelecidos num universo de conhecimentos</p> <p>As referências a um sistema de valores são secundárias</p>	<p>O clínico está implicado</p> <p>Orientada para decisões</p> <p>O “porquê” e o “como” não são indispensáveis</p> <p>A utilidade clínica é essencial</p> <p>Os limites são estabelecidos por aquele que deve tomar decisões</p> <p>As referências a um sistema de valores são essenciais</p>

Fonte: Adaptado de Ketele e Roegiers (1999)

O investigador e o avaliador clínico podem incidir o seu foco de atenção no mesmo objeto. Mas no primeiro caso a observação é conduzida com o fim de descobrir as relações numa estrutura de conhecimentos coerentes; no segundo a observação é usada para reunir informações necessárias para elaborar um juízo deliberativo. Almeida e Pinto já em 1975 se questionavam se a atividade de investigação científica pode ser análoga à atividade

clínica. A atividade científica não tem uma manipulação direta dos objetos reais, mas sim uma produção de objetos do conhecimento, capazes de servir de instrumentos para uma apropriação indireta do real. A atividade clínica é orientada para as decisões e as referências aos valores são fundamentais nos processos de cuidados.

Retomando como referência o modelo é importante dizer que a partir de meados dos anos setenta e início dos oitenta, o processo de enfermagem foi instituído como uma obrigação nas organizações de saúde e respetivos serviços, sendo um pré-requisito para acreditação dos mesmos. E com carácter obrigatório os enfermeiros tanto na clínica quanto no ensino tinham de fazer os registos escritos, de acordo com a metodologia do processo de enfermagem (Lee et al., 2006).

Nestas contingências o processo foi aceite por imposição dos responsáveis dos serviços, mas tacitamente rejeitado pelos enfermeiros da área clínica. O processo de enfermagem tão pouco se difundiu como um padrão normativo para a prática de cuidados (La Cuesta, 1983). O que não significa que não tenha sido importante no desenvolvimento constante de uma reavaliação e revisão de constructos, dentro do próprio processo de enfermagem (Doenges & Moorhouse, 2003; Meleis, 2005).

Os anos que se seguiram, sobretudo nos países anglo-saxónicos foram anos de muita discussão conceptual. E em resultado disso procuraram identificar os atributos das boas práticas dos enfermeiros. A partir deles a American Nurses Association (ANA)²¹ publicou os padrões da prática de cuidados, estabelecendo que toda e qualquer prática de enfermagem para ser reconhecida pela sua qualidade tem que considerar os seguintes parâmetros

- Uma colheita de dados sobre o estado de saúde do utente/cliente sistemática e contínua.
- Os dados obtidos são comunicados e registados.
- O diagnóstico de enfermagem deriva dos dados sobre o estado de saúde.
- O plano de cuidados inclui metas que dependem do diagnóstico de enfermagem.

²¹ A ANA é uma organização profissional de enfermagem criada nos Estados Unidos em 1986. Em 1911, assumiu o nome Associação Americana de Enfermeiras

- O plano estabelece prioridades e prescrições de enfermagem para atingir as metas.
- As ações facilitam a participação do doente na promoção, manutenção e recuperação da saúde.
- As ações de enfermagem maximizam o potencial de saúde do doente.
- A evolução ou ausência de evolução do doente em direção à consecução de metas é definida pelo utente e pelo enfermeiro.
- A evolução ou ausência de evolução do doente em direção à consecução da meta direciona a reavaliação, o registo de prioridades, nova definição de metas e revisão do plano de cuidados.

Mais tarde em 1980 a ANA emitiu uma Declaração que definia a enfermagem como uma profissão que faz “o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde reais ou potenciais” (Carpenito, 2004 p.21). Um facto que levou a uma reavaliação dos constructos e uma reinterpretação dos problemas relacionados com a saúde. O modelo do processo de enfermagem deixou de ser reconhecido como um processo centrado na resolução de problemas, passando a ser reconhecido como um processo centrado no diagnóstico.

E por isso as etapas do modelo passaram a ser nomeadas como: recolha de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação (Gordon, 1994). Reconhecimento e descrição mais consentâneos com um processo de tomada de decisão, mais coerente com os princípios holísticos da enfermagem, e com uma abordagem interpretativa das necessidades dos doentes (Meleis, 2005).

A nova interpretação deste modelo com a introdução do conceito “diagnóstico de enfermagem” feita numa parceria entre National League for Nursing²² e a ANA, consagrou-se como uma segunda geração do modelo do processo de enfermagem. No entanto esta mudança conceptual foi e continua a ser um processo arrastado entre os clínicos, porque na sua retórica o processo de avaliação de um doente continua vinculado ao planeamento tradicional dos cuidados e não a um diagnóstico.

²² National League for Nursing é uma organização criada em 1952 com o objetivo de promover o desenvolvimento e a melhoria de todas as unidades de cuidados e da educação em enfermagem.

No âmbito da atividade clínica não são usados termos²³ que seriam expectáveis, nomeadamente “diagnóstico” ou “raciocínio diagnóstico”. Os termos ainda não foram aceites no campo da enfermagem profissional, porque a história e as tradições não têm incluído o enfermeiro como pessoa que faz diagnósticos (Lunney, 2004).

Neste processo as escolas de enfermagem têm responsabilidade, porque o modo como o planeamento dos cuidados tem sido ensinado é um exercício académico. Ele deve ser transformado num produto clinicamente útil (Carpenito, 2004; Tanner, 2006). Uma afirmação que pode ser documentada pelos resultados obtidos num estudo realizado por Queirós (2014). As duas figuras 2 e 3 mostram os termos que têm frequências mais elevadas na definição de enfermagem.

FIGURA 2 Estudantes de mestrado

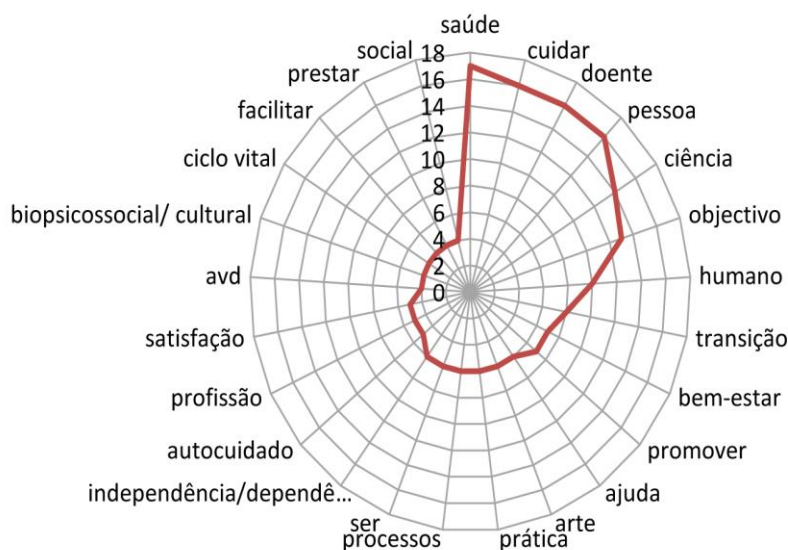
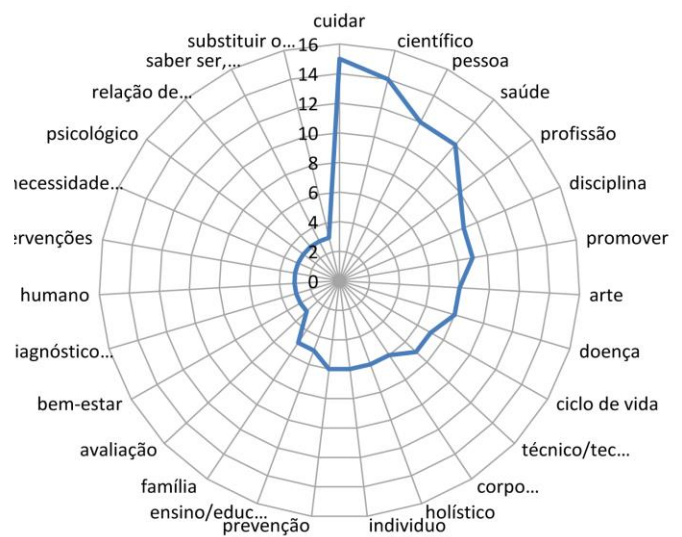


Figura 3 Estudantes de licenciatura



Fonte: Queirós (2014)

Certamente que a esta conjuntura não são despicientes as mudanças do conceito de diagnóstico até aos anos noventa. Através de Carpenito (1983) podemos conhecer diferentes definições de diagnóstico de enfermagem:

²³ Os termos são designações verbais que representam unidades mínimas da terminologia.

- O diagnóstico é definido pelo juízo ou conclusão que resulta da avaliação dos enfermeiros.
- O diagnóstico é definido pela avaliação das respostas do utente às suas experiências humanas, ao longo do ciclo vital, sejam elas crises evolutivas ou acidentais, doenças, dificuldades ou outras situações.
- O diagnóstico é definido pelos problemas reais ou potenciais relacionados com a saúde,
- que os enfermeiros estão capacitados e autorizados a tratar em virtude da sua educação e experiência.
- O diagnóstico é definido a partir das respostas dos utentes aos problemas de saúde reais ou potenciais que os enfermeiros estão capacitados, autorizados legalmente responsabilizados para tratarem em virtude da sua educação e experiência.
- O diagnóstico de enfermagem é uma explicação descritiva de um estado de saúde ou uma alteração real ou potencial dos processos vitais de uma pessoa (fisiológico, psicológico, sociológico, do desenvolvimento e espiritual). E o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem para identificar e sintetizar os dados clínicos e para disponibilizar intervenções que reduzam, eliminem ou previnam as alterações à saúde que pertencem ao domínio legal e educativo da enfermagem.

Aparentemente aceite o termo diagnóstico entre os académicos, a ANA nomeou a National Group for the Classification of Nursing Diagnosis que promoveu um 1º encontro sobre diagnósticos de enfermagem. O grupo renomeado em 1982 como North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) passou a representar todos os elementos da profissão, i.e., docentes, investigadores e clínicos. E foi em 1990, durante a 9ª conferência da NANDA, que a assembleia geral aprovou a definição “oficial” de diagnóstico de enfermagem.

“o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas dos indivíduos, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais e potenciais. O diagnóstico proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (Carpenito, 2004 p.22).

Supostamente teriam sido rejeitadas as anteriores definições e considerada a nova definição de diagnóstico de enfermagem, agora mais coerente com os conceitos centrais. Assume as respostas humanas como foco de atenção na sua dimensão tanto objetiva quanto

subjetiva e, em consequência, rejeita a centralidade na avaliação do problema. Para além disso também assume que as intervenções devem ser conduzidas a partir de um diagnóstico, com o objetivo de promover a saúde (Meleis, 2005).

Ainda assim nestes desenvolvimentos o conceito “diagnóstico de enfermagem” tem assumido diferentes significados para os académicos. Ele é usado para referir uma fase do processo de enfermagem, uma declaração de afirmação diagnóstica, mas também um diagnóstico obtido e expresso através de um nome de uma categoria.

A forma como o conceito é usado define o seu significado, e a divisão entre dimensão processual e o conteúdo do juízo elaborado, acontece apenas por razões académicas. Quando o conceito diagnóstico de enfermagem é usado para se referir a uma categoria ou conceito presume-se que ele esteja apoiado numa estrutura específica, conceptual ou teórica e que seja usado num contexto particular, como o processo de enfermagem.

De facto, este trabalho de enquadramento conceptual ou teórico já foi iniciado, mas exige ainda um desenvolvimento prolongado e com aperfeiçoamento continuado. Para conduzir este processo foi criado um movimento em torno dos diagnósticos de enfermagem que, aparentemente, tem fortalecido a ponte entre os académicos e os clínicos, gerando algumas mudanças tanto na área de investigação, quanto na profissão de enfermagem.

Para os investigadores o diagnóstico de enfermagem abriu-se como um campo de pesquisa, enquanto categorias diagnósticas, mas também enquanto processo. Cada uma das categorias classificada como diagnóstico de enfermagem representa um conceito, que pode ser a base de uma potencial teoria de enfermagem. Desde que o conceito se enquadre nos pressupostos, valores e missão da enfermagem e os outros conceitos que com ele se relacionam, estejam dentro do domínio da enfermagem (Meleis, 2005).

Para os académicos este movimento também se revelou útil, porque proporcionou uma análise das bases e dos valores filosóficos do desenvolvimento e progresso da enfermagem teórica. Ele veio colocar de novo questões sobre a natureza do processo de cuidados e o domínio da enfermagem²⁴. Porque a assunção de que há um raciocínio que

²⁴ Meleis salienta que o domínio da disciplina é sistematicamente revisto e desenvolvido através dos saberes e da perícia dos membros da disciplina, da investigação e das teorias que vão surgindo (Lopes,2006).

relaciona os dados clínicos e remete para um diagnóstico, põe de parte a ideia que os julgamentos só podem ser reconhecidos através daquilo que os enfermeiros fazem. O que, em tese, também devia permitir agregar à profissão uma linguagem diagnóstica (Meleis, 2005; Chaska, 1990).

No campo clínico os gestores e administradores assumiram que o diagnóstico é desenvolvido na lógica de um modelo normativo²⁵. E nesse sentido foi exigido aos enfermeiros, por razões político-financeiras, que tornassem explícitas as suas competências para fazer diagnósticos, assumissem a responsabilidade e respondessem perante o resultado desse processo.

Uma vez implementados nos contextos clínicos, os diagnósticos podem tornar-se numa métrica para avaliar, tanto a qualidade dos cuidados prestados, como para aferir os resultados esperados. Estes conceitos, diagnósticos de enfermagem em associação com diagnósticos médicos, podem oferecer um meio para determinar o número necessário de elementos numa equipa, a sua competência clínica e ainda os custos dos cuidados prestados. Uma definição de critérios que não é centrada no processo de competências, mas sim nos resultados.

Este modelo provocou mal-estar nos profissionais de saúde, não só por não serem reconhecidos pela sua competência clínica, mas também porque põe em causa a especificidade dos cuidados. Investigadores como (Benner et al., 2011) entendem que a perícia clínica não pode ser organizada por um modelo normativo, uma vez que por definição, ela é reconhecida na especificidade das situações de cuidados que necessitam de uma avaliação diferenciada, clara e imediata.

No entanto a responsabilidade assumida para obter resultados levou a ANA a criar intervenções cujos resultados são promotores da qualidade dos cuidados. Esta associação, guiada pelas etapas do modelo instituído definiu padrões de qualidade, para uniformizar e guiar os enfermeiros, na avaliação das suas próprias práticas.

²⁵ Um modelo normativo organiza-se por normas previamente estabelecidas num ambiente onde as variáveis são controladas

Nos hospitais portugueses os padrões de qualidade foram definidos nos anos noventa, e em 2002 a Ordem dos Enfermeiros Portugueses elencou um conjunto de indicadores, com os respetivos enunciados descritivos, para definir a qualidade dos cuidados. Indicadores que avaliam a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados de enfermagem.

Em Portugal os responsáveis pelos sistemas de acreditação dirigiram a sua atenção para os resultados dos cuidados, pela via dos sistemas de informação. Sendo disso exemplo, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que apoia a construção de diagnósticos a partir de um conjunto de eixos.

Os dois sistemas oferecem condições para o registo dos juízos diagnósticos, das intervenções e os respetivos resultados. Com base nestes sistemas, os serviços de saúde podem monitorizar os cuidados prestados aos doentes. Podem ter disponível em tempo real as informações dispersas relativas aos doentes, e integrá-las para facilitar qualquer processo de tomada de decisão. O interesse nos resultados dos cuidados avançou numa trajetória crescente, que remeteu o processo de enfermagem para uma terceira geração. E criou espaço para os enfermeiros serem avaliados pelos resultados observados nos doentes, pelos quais podem ser responsabilizados.

As políticas e os sistemas de saúde, conferem desta forma, uma responsabilidade explícita aos enfermeiros, pelas decisões que tomam, com os consumidores de cuidados de saúde. Uma realidade que os confronta com a necessidade de terem uma maior consciência do seu desempenho profissional, tanto no desenvolvimento das suas competências como no processo de tomada de decisão.

Coloca-se assim a questão: como é que os enfermeiros tomam decisões, que são complexas, para obter os resultados desejados? Questão relevante não só porque diariamente e de forma sistemática os enfermeiros têm a obrigatoriedade de tomar decisões (Thompson & Dowding, 2002; Jesus, 2006). E, independentemente dos níveis de proficiência, as decisões têm de ser tomadas de forma rápida (Thompson, 2004) e precisa, para tentar obter os resultados esperados nos doentes (Currey & Botti, 2006).

Conceptualizar sobre as decisões é quase o mesmo que conceptualizar sobre as atividades de qualquer enfermeiro, se tivermos como referência uma unidade de cuidados hospitalares de nível intermédio²⁶. Neste tipo de unidades estima-se que os enfermeiros tomam decisões a cada trinta segundos, ou seja, cerca de duzentas e quarenta por cada duas horas (Bucknall, 2000). Os números só são importantes para nos despertar para a relevância da questão. Tanto assim é que os modelos não espelham a quantidade de decisões, mas sim a forma como é usada a liberdade de decidir (Hansson, 2005).

Há opções para escolher e as escolhas acontecem de uma forma não-aleatória. As decisões são tomadas em função de situações concretas, de acordo com os objetivos selecionados ou resultados esperados. Definir o modo como os decisores devem raciocinar sobre questões relevantes ou ambíguas, para alcançar os objetivos ou os resultados, é concretamente a função dos modelos de decisão.

Eles representam instrumentos concetuais relevantes, porque tomar uma decisão certa a partir da informação disponível no momento, nunca é fácil. Alguns modelos não se limitam a definir ou dar orientações para a tomada de decisão, têm também efeitos pragmáticos quando definem a trajetória das ações.

Os modelos têm sido dicotomicamente categorizados como normativos ou prescritivos e descritivos. A utilização de um ou outro está dependente de um conjunto de pressupostos. Os normativos pressupõem uma visão recebida ou conhecimento recebido dos fenómenos, e são crentes que a verdade corresponde à observação, à redução, à verificação, ao controle e à ciência livre de parcialidade. Estes são reconhecidos como modelos teóricos analíticos que mostram o efeito de determinadas pistas (sinais ou sintomas) sobre a variável resultado (McEwen & Wills, 2007). E partem do princípio que já existe alguma atividade de análise ou de resolução de problemas em curso.

²⁶ A designação de cuidados hospitalares decorre não só da natureza do ambiente de cuidados, mas também da necessária imediatez dos cuidados e de uma dependência de meios técnicos. Ela envolve cuidados intensivos, cuidados intermédios e, cuidados não urgentes. A conceção e desenvolvimento de cuidados imediatos desenvolvidos a partir de uma avaliação do doente acontecem em qualquer uma destas áreas e com os mesmos níveis de perícia clínica (Benner et al, 2011).

Os descritivos pressupõem uma visão percebida dos fenómenos e focam-se nas descrições que resultam das experiências vivenciadas de forma coletiva, na qual a verdade é por natureza histórica, contextual e repleta de valor. Nesta visão não existe uma só verdade e o conhecimento é considerado verdadeiro quando resiste aos testes práticos de utilidade e razão (Lopes, 2006; McEwen & Wills, 2007).

Os modelos descritivos são entendidos como modelos empíricos que reconhecem que qualquer que seja a variável em análise é sempre influenciada por todas as outras envolvidas (Meleis 2005). Estes modelos retratam uma descrição estilística da realidade e definem os processos que permitem que os clínicos tomem decisões de acordo com a informação disponível (Hansson, 2005; Baron, 2007). A tomada de decisão só pode ser entendida num processo como um todo e no contexto de uma abordagem naturalista (Benner, 1984, Thompson, 1999). Mas defini-la como um todo, só por si, não explica as ideias, i.e., os conceitos que o organizam.

Qualquer que seja a decisão ela tem sempre riscos. Uma decisão pode ter resultados indesejáveis se nos orientarmos tão só por fatores probabilísticos. Porque sabemos que os julgamentos clínicos não se confinam às leis da probabilidade (Gilovich et al., 2003). Os princípios estatísticos e as regras de dedução não podem ser, de forma simples e direta, transportados das evidências científicas para as decisões clínicas, como cânones da racionalidade que ditariam as normas “corretas” de inferência e decisão (Kahneman et al., 2005).

Tomemos como exemplo os doentes com sintomas clássicos de um pós-operatório de uma cirurgia abdominal que podem, ocasionalmente, ter uma dor abdominal difusa. Suponhamos que um enfermeiro da unidade de cuidados cirúrgicos administra um medicamento prescrito em SOS para regularizar os movimentos peristálticos e alívio da dor. Há uma série de possíveis resultados, em função do estado do doente “real” e do modo como o medicamento é administrado. A dor do doente pode não ser de origem abdominal; a dor não indicia ausência de movimentos peristálticos; o medicamento administrado pode comprometer os sinais vitais do doente ou, na melhor das hipóteses, a intervenção pode ter o efeito desejado.

Se quisermos utilizar uma árvore de decisão, estrutura cuja matriz é usada para decidir em situações de risco, ela pode apontar para as probabilidades erradas, ligadas a pontos de escolha, ou a árvore pode ter uma estrutura incorreta. Se optarmos pelo modelo hipotético-dedutivo, os sinais vitais do doente (tais como pressão arterial, localização da dor, etc.) podem sugerir hipóteses incorretas. O que leva a deduções falaciosas nos sinais vitais esperados, exacerbando assim o problema com hipóteses inadequadas ou incorretamente ponderadas.

Um julgamento clínico intuitivo pode sugerir que os sinais vitais estejam ligados a uma das categorias de diagnóstico, que não é a adequada por ponderações incorretas, e a intuição faz inferências a partir das decisões que resultaram de memórias de casos anteriores que podem estar distorcidas.

Com este exemplo quisemos dizer que uma decisão aparentemente má ou boa pode ter várias explicações, todas descritas em termos processuais diferentes, dependendo do modelo de tomada de decisão. Sempre que alguém acredita que o mundo das probabilidades pode oferecer segurança para tomar decisões, usa os modelos de decisão que remetem para um cálculo e uma manipulação de probabilidades complexas, às quais é atribuído um valor para conseguir otimizar as decisões, e com isso maximizar os benefícios para os doentes. Estes modelos representam uma abordagem normativa, que descrevem, de modo probabilístico, como é que os dados clínicos devem ser ponderados para fazer um diagnóstico, ou escolher uma ação que tenha maior probabilidade para alcançar o resultado mais valorizado.

A representação probabilística da decisão clínica mais comumente utilizada é identificada como uma árvore de decisão. É um modelo que pode ser usado num modo formal (matemático) que estrutura a progressão das escolhas e as suas consequências (Carnevali e Thomas, 1999; Narayan & Concoran Perry, 2003). Algumas das ramificações da árvore, representam caminhos alternativos (pontos de decisão), outras são pensadas como acontecimentos prováveis. São estimadas probabilidades para os acontecimentos e são atribuídos valores aos resultados, que representam a preferência do doente. Esta abordagem tenta misturar benefícios subjetivos (utilidades) com probabilidades objetivas (Buckingham & Adams, 2000).

Uma outra árvore de decisão, reconhecida como informal, usa uma abordagem não matemática. Ela é construída a partir de uma grelha que representa opções, resultados e probabilidades. E obedece a um procedimento, organizado numa série de questões, para orientar a pessoa (clínico ou doente) na tomada de decisão. As opções são definidas em função das potenciais ações a considerar. Os resultados são consequência de cada opção e dos valores que lhe são atribuídos. A grelha definida e o conjunto de perguntas permitem que o decisor possa considerar uma variedade de cenários possíveis com base nas opções consideradas (Narayan et al., 2002).

Outros autores na mesma linha recorrem ao teorema de Bayes²⁷, uma estrutura teórica de abordagem matemática, para analisar as decisões dos enfermeiros (Buckingham & Adams, 2000). Na área clínica esta abordagem estatística descreve a forma pela qual os juízos diagnósticos podem ser revistos a partir de nova informação. O teorema descreve o processo de revisão da probabilidade de uma hipótese e é sustentado em três princípios. O primeiro refere-se à probabilidade que a hipótese tem aprioristicamente; o segundo refere-se à probabilidade que um dado tem para um certo diagnóstico; um terceiro diz respeito à probabilidade de um dado sem referência a uma hipótese diagnóstica (Taylor, 2000). À partida a probabilidade de um resultado (condição ou doença) é a sua probabilidade, caso não haja indícios de diagnóstico para isso.

Por exemplo um enfermeiro que chega à enfermaria tem uma estimativa por alto, de ter um doente com enfarte do miocárdio. Esta estimativa, ou probabilidade é baseada nas experiências dos dias anteriores e na frequência com que ocorrem enfartes do miocárdio, nestas enfermarias. Ou, a probabilidade para um determinado doente é alterada, assim que é revelada informação relevante, como por exemplo a localização da dor. A nova probabilidade é a probabilidade à partida ajustada consoante a localização da dor. Por outras palavras, os juízos sobre a avaliação dos doentes vão sendo ajustados com o acumular de dados.

Hanoch & Pachur (2004) reconhecem utilidade neste modelo e sugerem que ele seja considerado na formação estatística dos enfermeiros. Koskela, et al., (2010) usou o

²⁷ O teorema desenvolvido no século XVIII por Thomas Bayes criou as bases das inferências probabilísticas.

modelo de Bayes para identificar a persistência de fatores de risco, no âmbito dos cuidados de saúde primários e Harbison (2006) para aferir a relação entre as evidências e os juízos clínicos. Hammond, Hursch & Todd (1964) usaram o modelo não só para avaliar o modo como os clínicos usam e ponderam a informação que lhes é apresentada para fazer um diagnóstico ou um tratamento, mas também para saber quão consistentes e rigorosos são os juízos realizados em situações similares.

Estes investigadores (Carnevali et al., 1984; Thompson & Dowding, 2002) usaram os modelos probabilísticos para investigar a relação entre os juízos clínicos, as decisões e o uso que os enfermeiros fazem da informação clínica nas práticas educativas.

Como sabemos a abordagem normativa não se confina aos modelos probabilísticos. Nos domínios da enfermagem ter um modelo normativo não probabilístico, revelou-se imperativo para teoricamente uniformizar o modo de desenvolvimento de todo processo de cuidados e não apenas a tomada de decisão. Os modelos que surgiram na década de oitenta tomaram como referências conceptuais as teorias da resolução de problemas e a teoria do processamento de informação²⁸.

Com estes pressupostos os modelos foram definidos por um conjunto de etapas que permitiam que a informação fosse seletiva e processada em série (Thompson & Dowding, 2002) como o registámos no (quadro 3 p.30) anteriormente referido. As etapas colheita de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação avançam passo a passo de modo sequencial e cada uma delas está na dependência da anterior. Uma vez chegado à avaliação o processo pode ser retomado se isso se justificar.

Gordon (1994) a partir dos postulados da teoria do processamento de informação²⁹ reestruturou este modelo com dois subprocessos, o processo diagnóstico (fase da compreensão) e o processo de resolução de problemas (fase resolução). O primeiro

²⁸ A teoria da resolução de problemas postula que a resolução efetiva de problemas depende da habilidade de cada pessoa para se adaptar às contingências ambientais; o ser humano tem limites para processar a informação, e assim sendo para lidar com tarefas complexas é preciso ser seletivo na informação e processá-la em série (Howard, 2002).

²⁹ O processo de processamento de informação é formado por dois subprocessos, a compreensão e a procura. A compreensão é responsável por assimilar os estímulos associados ao problema, e produzir a informação mental que o estrutura. O processo de procura é responsável por encontrar uma solução para o problema agora já estruturado. Estes dois processos podem alternar entre si, mas também podem acontecer ao mesmo tempo.

envolve a colheita de dados e o diagnóstico a partir dos problemas reais e potenciais que são identificados. O segundo subprocesso inclui previsão de resultados, planeamento de cuidados em função da previsão, intervenção e avaliação desses resultados.

No primeiro subprocesso o investigador defende uma estrutura (de natureza teórica), no segundo subprocesso dirigido à resolução de problemas Gordon faz o planeamento em função de um resultado esperado e não em função do diagnóstico previamente elaborado. Ao longo do processo os enfermeiros começam a recolha de dados criando um envolvimento com o doente. Na fase inicial os dados são aceites tal como o doente os apresenta. Alguns deles são muito pertinentes, outros nem tanto ou até mesmo irrelevantes. Perceção que acontece de forma rápida num primeiro contacto. Muitas vezes a queixa principal, ou os dados obtidos nos primeiros minutos de interação com o doente, são suficientes para estabelecer algumas hipóteses diagnósticas. Estas hipóteses estão relacionadas com os dados já recolhidos e a informação na memória de curto prazo (Gordon,1994).

Mas muitas destas decisões são pouco consistentes e estão muito dependentes de um contexto no qual os dados foram inicialmente percebidos. A convergência para alguns dados em particular e a exclusão de outros define-se apenas, como uma situação temporária, que Gordon descreve como um campo de possibilidades e um esforço de redução cognitiva do processo diagnóstico (Gordon, 1994). Quando há já alguma compreensão do problema de saúde do doente e dos fatores que para ele contribuíram, os enfermeiros sob uma racionalidade deliberativa³⁰ passam ao processo de resolução com a informação que têm até aí.

O investigador retratando-se no referencial da teoria do processamento de informação, refere que o processo de raciocínio acontece num ciclo de atividades perceptivas e cognitivas, onde observações levam a inferências e deduções levam a novas observações. E indica-nos que uma quantidade relativamente limitada de informação é objeto de julgamento clínico, e a partir dele são tomadas decisões. O que permite que as grandes e difíceis

³⁰ Na racionalidade deliberativa, a regra formal delibera até ao ponto em que os prováveis benefícios para melhorar o planeamento merecem o tempo e o esforço de reflexão utilizado. O processo de decisão não é um fim em si mesmo. O bem como racionalidade [*goodness as rationality*] não atribui qualquer valor especial ao processo de decisão (Rouanet, 2011).

decisões possam ser fraturadas em sequências de pequenas escolhas. O ciclo continua até que o enfermeiro se sinta confiante e atribua um nome ao problema.

De acordo com um outro postulado da teoria em uso - a resolução efetiva de problemas depende da habilidade de cada pessoa para se adaptar às contingências ambientais. Gordon refere que o modo como estes dois subprocessos são abordados depende dos valores e das crenças dos enfermeiros sobre o Ser humano e a interação humana.

Há aqueles que acreditam que os doentes conhecem como ninguém, os seus próprios problemas e por isso colaboram no processo diagnóstico. Sob este pressuposto os enfermeiros representam um recurso para identificar e resolver o problema, enquanto pessoas dotadas de competência na área. E compete aos enfermeiros instituírem estratégias para colher dados, diagnosticar e intervir. O objetivo da atividade profissional da enfermagem é fazer com que as pessoas se sintam bem ou impedir que elas adoçam.

Há outros que advogam que todas as interações enfermeiro-doente promovem o crescimento e ajudam a concretizar o potencial humano de cada doente. Nestes pressupostos os enfermeiros têm de avaliar as situações dos doentes, assumir a responsabilidade de lhes criar condições capacitando-os para ponderar as possíveis alternativas e tomar decisões. O objetivo da atividade profissional de enfermagem é ajudar as pessoas a utilizarem as suas competências, à medida que têm mais informação para tomar decisões.

Na mesma linha de raciocínio que estrutura os modelos conceituais Carnevali & Thomas (1993) constataram que os enfermeiros frequentemente sobrepujam as etapas que teoricamente tinham de acontecer de modo sequencial, e também mudavam a ordem daquilo que estava pré-definido. A mudança ocorria não só no modo sequencial, mas também nos tempos e nas diferentes fontes de colheita de dados, as quais permitiam aferir as hipóteses diagnósticas que iam sendo passo a passo ponderadas (Concorran-Perry et al., 1999; Thompson, 1999).

Neste formato o modelo tem início no primeiro momento da recolha de dados, que deve ser prévio ao encontro com o doente, mas logo seguido de avaliação. As recolhas seguintes acontecem já na interação com o doente e com outras fontes. Todas elas são seguidas de avaliação com formulação de hipóteses de diagnóstico; umas são rejeitadas no confronto com os novos dados e outras validadas.

Este processo de redução de hipóteses termina com um teste ou revalidação da hipótese diagnóstica que se revele mais ajustada à situação do doente. Mas se a hipótese não se ajusta à situação clínica o processo deve ser reiniciado até que a verificação da hipótese seja alcançada. Após esta fase o enfermeiro faz o diagnóstico com base num dos sistemas de classificação (Carnevali et al., 1984; Doenges & Moorhouse, 2003).

Anos mais tarde Carnevali & Thomas (1993) apresentaram um novo olhar sobre o processo de raciocínio diagnóstico definindo-o então como um processo integrador que envolve uma série de juízos clínicos. Os juízos são elaborados durante e depois da colheita de dados e culminam num juízo informal ou num diagnóstico formal. Neste modo processual os diagnósticos são dinâmicos e transitórios, quando comparados com os diagnósticos médicos. Por exemplo o diagnóstico médico de diabetes *mellitus* tende a ser um diagnóstico para toda a vida e o diagnóstico de enfermagem, associado à vivência da diabetes, muda várias vezes em função do estilo de vida do doente, das suas capacidades funcionais e dos recursos para se adaptar à situação de doença.

A propósito das nomenclaturas de diagnóstico Gordon (1994) sinaliza que alguns diagnósticos formais não são suficientemente precisos, conceptualmente consistentes ou totalmente descritivos no domínio da enfermagem, apesar de já terem suporte científico. Esta questão não é de fácil solução, porque o modo como o raciocínio é usado para analisar a condição de saúde de uma pessoa, família ou comunidade, difere em função das situações de cuidados. Face a esta dificuldade Gordon considera que é importante investigar a dimensão processual do raciocínio nas diferentes situações que possam ser encontradas na atividade clínica, mais do que pesquisar sobre os diferentes modos de raciocinar.

E há outros investigadores que defendem que os métodos conceptuais e de resolução de problemas associados a modelos normativos, abrem-se à possibilidade de categorizar, explicar e prever respostas humanas. Eles têm gerado teoria e por isso têm mantido a sua vigência. São teorias desenvolvidas a partir de estudos que têm um controle de variáveis, e a capacidade de obterem resultados mensuráveis (Benner et al., 1996; Tanner, 2005). Para Benner et al., (1996) a vigência destes modelos está relacionada com a confluência de quatro dimensões estruturantes, ao nível das decisões éticas e clínicas:

(1) a necessidade de desenvolver regras justas e equitativas, que possam ser aplicadas imparcialmente a todas as pessoas e situações de cuidados; (2) o desejo de criar sistemas racionais baseados num sistema de dados, cuja relação custo/benefício promova uma justiça distributiva, com a redução de gastos excessivos em tratamentos ineficazes; (3) uma compreensão epistemológica da racionalidade, onde as escolhas são feitas por oposição entre decisões certas e erradas; e (4) um entendimento da saúde como serviços, de tal forma que os tratamentos são comercialmente avaliados e pagos. Enquanto o cuidado, a atenção e a recuperação, só marginalmente são considerados nos sistemas de contabilidade, e no discurso político e público sobre cuidados de saúde.

Benner et al., (2011) são investigadores que rejeitam a assunção dos modelos normativos, porque entendem que o raciocínio clínico é um processo em transição que acontece numa prática indeterminada. Referenciando Hanson (2005) tanto a transitividade quanto o confronto com situações cujos possíveis resultados são desconhecidos, representam um problema sem solução normativa. Por exemplo, os resultados previstos tornar-se-ão desconhecidos quando os doentes ou as suas famílias, por diversas razões, não seguem o regime terapêutico previamente acordado.

O reconhecimento destas e outras particularidades do mundo clínico tem, nos últimos anos, permitido que se considerem os referenciais fenomenológicos. Eles permitem uma mudança para as abordagens descritivas, e interpretativas para explorar o processo da tomada de decisão. Apesar dos estudos desenvolvidos sob estas abordagens serem geralmente circunscritos a uma unidade específica e, teoricamente, não são passíveis de generalização (Bucknall, 2003).

Com base nestes referenciais, ter a capacidade de compreender as situações de cuidados dos doentes, é central em todo o processo de cuidados. Os enfermeiros têm de saber envolver-se num trabalho paulatino e minucioso, saber reconhecer a relevância da mudança nos sinais e sintomas já anteriormente observados, ter conhecimento clínico e saber fazer distinções qualitativas. Um envolvimento que é exigente, mas também os define como enfermeiros. Eles têm qualidades como altruísmo, compaixão, solidariedade, gentileza e simpatia, autenticidade, interesse genuíno, atitude reflexiva, compreensão e disponibilidade (Pereira & Botelho, 2014).

Mas as distinções clínicas e qualitativas só podem ser passíveis de observação numa situação contextualizada e numa história clínica particular (Benner et al., 2011). O contexto e a sequência dos eventos são essenciais para reconhecer as alterações nas situações de cuidados. Para reconhecer as mudanças é preciso conhecimento, envolvimento e um trabalho de descoberta contínua porque as alterações se arrastam de forma indeterminada, e não menos importante é preciso saber relacionar os dados e a informação que vai sendo obtida.

Este reconhecimento carece tanto de conhecimento clínico como de conhecimento sensório motor. As mudanças são detetadas através do toque, da palpação abdominal, do som das succões ou do respirar, da força anímica, da cor da pele e a sua tonicidade, da cor, do odor, da temperatura de uma zona de solução de descontinuidade tecidular ou, de muitos outros sinais da linguagem do corpo (Rashotte & Carnevale, 2004).

O processo que vimos descrevendo deve ser objeto de reflexão, apoiado por uma sabedoria prática adquirida com a experiência (Benner et al., 1996). A sabedoria prática associada à experiência é desenvolvida a partir de um envolvimento com a situação e o conhecimento do doente em particular, com o qual tem de estar em sintonia para reconhecer o seu padrão habitual de respostas, pelas narrativas da sua experiência de doença e, numa disposição para o que é bom e certo (Benner et al., 1996).

Dreyfus H, Dreyfus S. & Benner (1996) chamaram regras de ouro ao modo particular como cada doente vive as transições. E elas só podem ser aprendidas nos ensinamentos clínicos e na experiência profissional. Benner e a sua equipa também reconheceram como elemento de sabedoria prática o conhecimento clínico que é desenvolvido com populações específicas de doentes.

São as longas e persistentes experiências com uma população específica de doentes, com lesões ou doenças singulares que permitem que o clínico faça comparações, distinções e acentue as diferenças dentro de uma mesma população. Por exemplo, enfermeiros com experiência em cuidar doentes com diabetes podem avaliar se a condição do doente é estável, ao contrário de enfermeiros com experiência em cuidar doentes cirúrgicos. Tanto os conhecimentos preexistentes como os novos, que orientam o foco de atenção do enfermeiro, alteram-se quando ocorrem mudanças ao que era previsível na condição clínica do doente.

A compreensão da situação clínica dos doentes também é reconhecida por Lopes (2006) como um elemento central do processo de cuidados, numa unidade de oncologia médica em regime de dia. Esta compreensão é desenvolvida com base numa conjugação variável de perspetivas (vivencial, biomédica e de ajuda) que acontece de forma sistemática, dinâmica, contínua e integrada no processo de cuidados. Neste processo fica claro que é a avaliação da situação do doente que hierarquiza a perspetiva a considerar, não existindo umas sem as outras (Lopes, 2006).

O investigador citado desenvolveu a investigação para compreender a natureza da interação enfermeiro-doente em toda a sua dimensão. O enfermeiro recolhe dados e informação sobre o enquadramento da situação clínica do doente e sobre as dificuldades do doente com a sua condição de saúde, porque precisa de compreender aquilo que aconteceu até ao momento.

Uma recolha que é apoiada por aquilo que é observado no contínuo da relação enfermeiro-doente. Recolhe dados sobre os sentimentos dos doentes, sem que tenha de fazer qualquer questão, porque a descrição que os doentes fazem das suas dificuldades é preenchida de sentimentos sobre si próprio e na relação com os outros (Lopes, 2006). Mas também recolhe dados de natureza biomédica, que engloba toda a informação relativa ao processo fisiopatológico e ao tratamento (informação que é relevante para contextualizar toda a outra, tanto nas dificuldades quanto nos sentimentos).

A recolha acontece em três sentidos diferentes, mas complementares. O enfermeiro recolhe informação sobre aquilo que o doente sabe (no que se refere à sua condição clínica), o que o preocupa e os recursos pessoais e familiares e relaciona todos estes dados (Lopes,2006). Este processo evidencia o recurso sistemático ao raciocínio clínico, tomando como referência o conceito de raciocínio clínico³¹ já por nós apresentado.

Jesus (2006) investigou a tomada de decisão clínica de enfermagem em três unidades de medicina de um hospital central português, com 20 participantes, enfermeiros de nível I, com a categoria de enfermeiros ou enfermeiros graduados. O modelo que o investigador

³¹ O raciocínio clínico é um processo de natureza cognitiva que usa o conhecimento clínico como um recurso para relacionar os dados e a informação clínica para tomar decisões.

desenhou tem como conceito central - conhecer a utente. E a estrutura do modelo é definida pela relação entre cinco conceitos (conhecer o doente, avaliar, resolver problemas, interagir e intervir) que se interrelacionam de forma dinâmica e contínua.

O processo de avaliar, conhecer o doente e resolver problemas acontece de forma contínua e no seio de um outro contínuo entre intervir e interagir. O investigador evidencia que os enfermeiros estão constantemente a interagir com os doentes, os familiares ou outras pessoas que lhes são significativas. E nesta interação colhem de forma continuada informação, identificam e resolvem problemas, intervêm, avaliam e reavaliam as situações dos doentes. O que acontece num ciclo de processamento de informação e decisão.

Os processos cognitivos analíticos versus intuitivos têm sido objeto de atenção, porque eles estão entre os principais fatores que contribuem para os erros clínicos (Holyoak & Morrison, 2005). Pelo que não é despiciente que nos debrucemos sobre a preferência dos modos cognitivos e um modelo que os representa. Trata-se de um modelo que pode mesmo representar uma mais-valia porque reconhece a utilidade versus inutilidade de diferentes modos de cognição e aproxima as duas abordagens, enquanto extremos de um contínuo (Thompson, 1999).

Fora da enfermagem, mas no mundo clínico Kenneth Hammond desenvolveu um modelo, nomeado como o contínuo cognitivo de Hammond. Neste modelo há duas abordagens cognitivas, colocadas nos polos opostos de uma linha - a intuitiva e a analítica para a compreensão das situações clínicas/situações de cuidados. Qualquer uma das abordagens é válida desde que seja a necessária e adequada à estrutura da situação em causa. De acordo com esta estrutura ninguém pensa de forma exclusivamente intuitiva ou analítica (Hammond, Hamm, Grassia & Pearson, 1997).

O modelo sugere que os indivíduos operam num contínuo de diferentes modos cognitivos, com diferentes níveis e uma mistura de análise e intuição (quasi-racionalidade) que recai nos pontos intermédios, em função de um conjunto de condicionantes. O modo intuitivo não é só um polo oposto ao analítico, mas um modo de pensamento rápido que processa dados de uma forma pouco consciente, que combina com a informação disponível já existente; tem pouca consistência e é moderadamente preciso. O modo analítico é lento,

consciente e consistente. O pensamento analítico é por norma preciso, mas pode levar, ocasionalmente, a grandes incorreções. O modo cognitivo chamado de quasi-racionalidade é o tipo de pensamento que se situa no meio dos extremos de intuição ou análise e com um misto de ambos; permite uma ‘troca’ entre os dois modos de pensamento na mesma decisão (Hammond et al., 1997).

Neste modelo as principais condicionantes para um profissional utilizar uma abordagem intuitiva ou analítica relacionam-se com três dimensões: a complexidade da situação clínica; a ambiguidade e imprecisão do potencial problema; e a natureza do problema. A primeira envolve o número de dados clínicos e a redundância dos mesmos; a segunda está relacionada com a existência de um princípio organizador, ou a familiaridade com o problema; e a terceira está dependente da capacidade do clínico decompor o problema, perante a forma como a informação é apresentada e do tempo disponível para ajuizar sobre ele (Thompson, 1999).

O modelo sugere que a intuição é o modo mais eficiente de raciocinar nas situações onde o clínico percebe uma grande quantidade de informação que se interrelaciona, mas onde não há ‘regras externas’ para seguir e o tempo é limitado. A abordagem analítica é mais apropriada nas situações onde o clínico tem mais informação objetivamente estruturada, que pode ser categorizada facilmente dentro do tempo disponível (Dowding et al., 2009).

Os clínicos movem-se ao longo do contínuo dependendo destas três dimensões. Qualquer um dos modos cognitivos usados, ainda que intermédios, será o adequado sempre que se observar que há uma coincidência entre estas dimensões da estrutura do problema e o modo cognitivo para ajuizar sobre ele. Hammond reconhece que o problema pode ser reestruturado e mudar para um novo modo de cognição. Pode dizer-se, quando assim acontece, que o potencial de precisão aumenta (Hamm, 1988).

Numa equipa, a capacidade individual pode ser apoiada, reforçada ou rejeitada se não tiver suporte analítico. Hammond admite que numa equipa multidisciplinar os membros possam apelar ao pensamento analítico de outros membros, capazes de reduzir a incerteza. O pedido de apoio é feito aos membros da equipa cujos desempenhos são reconhecidos como competentes, como próximos e que ocupam habitualmente posições hierarquicamente superiores, ainda que não formalizadas. Da mesma forma, os membros

da equipa podem rejeitar soluções intuitivas de colegas em posições ‘inferiores’ onde a razão analítica não possa ser demonstrada (Hamm, 1988; Thompson, 1999; Dowding et al., 2009).

1.2.1 Potencialidades e Fragilidades das Abordagens Apresentadas

Olhando criticamente para as duas abordagens, as formais ou normativas e as naturalistas ou descritivas, podemos inferir que ambas têm potencialidades e nenhuma está isenta de fragilidades. Elas podem ser diferenciadas a partir dos seus focos de interesse. Enquanto a primeira se interessa pelo número de dados e por manter uma estrutura pré-definida para uma melhor decisão; a segunda dá primazia aos contextos relacionais e de comunicação com os doentes, utilizando a competência clínica para compreender a situação em causa e decidir sobre ela.

A abordagem normativa parte de uma situação em reconhecimento ou já reconhecida por comparação a um padrão pré-definido. Enquanto a segunda, descritiva ou fenomenológica, sem a possibilidade de comparação a padrões pré-definidos parte para a definição de um padrão individual. E sendo assim a situação para ser compreendida só pode ser pensada e analisada como um todo e no seu contexto. Até lá são descritos os dados que são percebidos e foram objeto de decisão.

As abordagens normativas que têm organizado a maior parte da pesquisa sobre tomada de decisão, assentam no pressuposto que o pensamento e o comportamento humano são lógicos e consistentes. Assim sendo podem por um lado dominar todo um conjunto de possíveis alternativas, consequências e probabilidades de ocorrências, por outro podem maximizar e atingir da melhor forma possível os objetivos, sub otimizando os resultados.

As abordagens naturalistas evidenciam ser consentâneas com as particularidades do mundo clínico de enfermagem. Mas elas estão dependentes tanto do conhecimento, quanto das estratégias individuais, necessárias para a compreensão das situações de cuidados reconhecidas como únicas. Ter acuidade percetiva, capacidade de intuir para elaborar juízos clínicos, passar desde logo às ações, ou seja, avaliar e agir em sincronia pode criar dificuldades aos jovens que se iniciam na profissão de enfermagem. Os enfermeiros

recém-formados podem ser levados a elaborar juízos incorretos, uma vez que a sua experiência e o seu conhecimento sobre a diversidade das situações de cuidados são ainda escassos (Chase, 1995; Taylor, 2002).

E se aqueles que têm mais experiência considerarem os seus juízos como definitivos, ou seja, se após a formação de um juízo inicial não conseguirem rever os juízos a partir dos novos dados que vão emergindo, tomam decisões que não estão ajustadas à situação do doente. Situação que pode acontecer, perante a urgência de tomar uma decisão, ou por preconceitos decorrentes do excesso de confiança, ou mesmo por falta de compreensão da situação clínica (Harbison, 1991; Chase, 1995).

A abordagem à tomada de decisão, num método hipotético-dedutivo, pode ser processada com recurso a raciocínios dedutivos, analíticos e sintéticos, a partir de um conjunto de dados empíricos. Nestas formas de raciocínio podem ser elaboradas hipóteses, das quais mediante a dedução de conclusões se chega a um diagnóstico. Se a partir da hipótese resultar uma conclusão que não é coerente com os dados observados, só são reconhecidas duas explicações: ou a hipótese não está bem definida, ou o método de recolha de dados não foi o mais adequado.

A confirmação da hipótese é um argumento a favor da aceitação da mesma e é desvalorizada a procura de uma nova informação. Mas neste método a consonância de conclusões, deduzidas a partir duma hipótese criada com os dados clínicos, não significa obrigatoriamente que as conclusões estejam corretas. Os dados podem sugerir outras hipóteses. E se há uma conclusão necessária para um determinado conjunto de premissas tomadas como válidas, também pode haver, diferentes premissas para a mesma conclusão. Este é um método que toma como referência uma estrutura matemática de uma aplicação, i.e., o objeto de um conjunto de partida só tem uma imagem no conjunto de chegada, mas o simétrico não é verdadeiro. Os modelos hipotético-dedutivos à semelhança dos probabilísticos estão centrados na análise dos resultados e aceitam que o bom é igual ao certo.

O tempo, um elemento central numa decisão clínica, consumido na recolha de dados para confirmar os juízos deve ser sempre ponderado, face ao estado clínico do doente. Em doentes com situações clínicas agudas, a lentidão na elaboração do juízo clínico pode

resultar na deterioração da condição do doente. Uma prática de cuidados segura exige uma apreciação crítica, mas também a humildade para procurar a ajuda de outros profissionais de saúde. A pressão do tempo reduz a capacidade dos enfermeiros para identificar a necessidade de uma intervenção adequada (Thompson, Dalglish, Bucknall, Estabrooks, Hutchinson, Fraser, ... & Saunders, 2008).

A capacidade dos enfermeiros para atribuir a prioridade adequada às decisões é influenciada pelos seus conhecimentos, processos de raciocínio e experiência na área. Os enfermeiros mais experientes, concentram-se nos cuidados aos doentes e às famílias de forma mais abrangente; os enfermeiros inexperientes têm dificuldade em hierarquizar e privilegiam, muitas vezes a conclusão dos cuidados conforme estavam pré-definidos (Benner et al., 1996).

Outros autores não diferenciam os níveis de competência, mas reconhecem que a hierarquização das decisões é influenciada por vários fatores contextuais, incluindo a relação enfermeiro-doente, disponibilidade de recursos, a filosofia de cuidados predominante, a cultura da unidade, a complexidade da situação clínica e os fatores relacionados com o tempo (Bowers, Luring & Jacobson, 2001; Bucknall, 2003; Hendry e Walker, 2004; Curray & Botti, 2006; Twycross & Powis, 2006; Nibbelink & Brewer, 2018; Nibbelink & Carrington, 2019).

Thompson (1999) observa que a centralidade na competência clínica é uma limitação, por ser quase impossível comunicar a alguém algo que é intangível e impossível de exprimir. Se a profissão de enfermagem se apoia em formas holísticas e intuitivas³², formas de conhecimento nos quais os clínicos sustentam a base da sua prática, então sem dúvida, reconhecendo a complexidade do trabalho, necessitam de um maior conhecimento dos doentes, de tempo para o fazer e sem possibilidade de o fazer numa progressão linear.

³² A intuição é a compreensão imediata do conhecimento, sem evidências de pensamento sensível (Benner et al, 2008). O pensamento intuitivo é gerado a partir de um conhecimento profundo e experiência das situações de cuidados com as quais se lida em contexto profissional associado a um profundo conhecimento dos padrões de saúde dos doentes, circunstâncias, necessidades e desejos (Alfaro-Lefevre, 2012).

Já a abordagem formal pode ter fragilidades pela razão oposta – uma vez que tem como pressuposto implícito que o juízo clínico é o resultado de um processo genérico e unitário, utilizado por todos os clínicos em todas as ocasiões (Benner, 1984). Esta abordagem, segundo (Rashotte & Franco Carnevale, 2003) é o resultado de uma modelação informática do processo cognitivo, que se tornou nos últimos anos um veículo de inquirição da tomada de decisão humana. Estes modelos presumem que o pensamento humano funciona da mesma forma que os sistemas informáticos, como se fosse um sistema de bases de dados ou um sistema de interpretação de padrões.

As decisões, nos domínios probabilísticos, mais utilizados pelos clínicos são baseadas na previsão da probabilidade dos resultados de um determinado doente. Os resultados são definidos aprioristicamente pelo alcance da decisão e podem estar relacionados com as potenciais doenças daquele doente, níveis de dor, condição física e nível de humor, padrão de sono, entre outros. O ponto de incerteza e por isso frágil é que o estado exato do doente é desconhecido e os clínicos tentam avaliar se a probabilidade de cada resultado está de acordo com o verdadeiro estado do doente.

Mas Thompson (1999) reconhece potencialidades prescritivas no uso do teorema de Bayes e no modelo de árvore de decisão informal. São modelos que têm potencial para melhorar as tomadas de decisões, ao invés de descrever a realidade da prática clínica no processo de decisão. O quadro normativo da árvore de decisão informal tem como potencialidade a participação dos doentes na hierarquização dos possíveis resultados. Os juízos vão sendo ajustados com o acumular de dados. Os investigadores (Concorran-Perry et al, 1999) também defendem que os modelos normativos podem ser usados em situações específicas nas áreas clínicas.

Apesar de não representarem as transições nas situações de cuidados reais (Benner et al., 1996) nem permitirem compreender o sentido da dor vivida pelos doentes. No início da década de setenta, e perante um contexto de deslumbramento com a inteligência artificial, Hubert Dreyfus também fez uma crítica insidiosa aos modelos de raiz matemática. E arguiu “ao contrário dos computadores os seres humanos possuem uma consciência periférica, toleram a ambiguidade, o seu corpo organiza e unifica a experiência dos objetos e as impressões subjetivas são passíveis de aborrecimento, cansaço, ou perda de

estímulo e têm intenções e necessidades claras, que organizam a situação em que se encontram” (Gardner, 2002 p. 227).

Toda a decisão tem consequências que envolvem riscos e remetem para um processo de aprendizagem contínua pela reflexão sobre a ação, num processo dialético entre a prática e a teoria, processo organizador de uma praxis (Kilpatrick,2008). Quando nos confrontamos com os diferentes modelos de tomada de decisão, constatamos que alguns deles não respondem aos processos de auto reconstrução com necessidade de resposta imediata, permitimo-nos por isso dizer que os modelos normativos são incompatíveis com as agudizações e alterações das situações clínicas; e os modelos que são nomeados como descritivos, ligados a uma área específica de cuidados, não explicam a dimensão processual do raciocínio clínico, nas diferentes unidades de cuidados.

Pensamos que os modelos de decisão que descrevem um processo de decisão único, que expõe em poucas etapas um processo complexo, e cujos elementos não estão expressos, são de difícil compreensão. As simplificações, normalmente adotadas, podem ser úteis para alcançar uma finalidade prática, mas a compreensão dos processos requer que eles sejam objeto de registo detalhado com referência aos processos e aos fins.

Há pressupostos conceituais diferentes sobre o processo de cuidados e há divergências sobre os modelos que devem ser usados. Sabemos que o raciocínio clínico está presente dadas as relações que são criadas nos diferentes modelos, mas não sabemos explicar o modo como ele acontece de forma sustentada em contextos específicos. Principalmente porque os enfermeiros têm conhecimentos, saberes e desejos que motivam a realização dos cuidados, mas não os divulgam.

Por estes motivos voltámos a procurar apoio na literatura científica. Nela quisemos identificar os conceitos que sustentam a tomada de decisão e a relação que se define entre eles, através de uma revisão sistemática qualitativa / síntese de evidência qualitativas. Uma revisão que tem potencial para complementar as evidências da investigação. Muito embora sejam ainda objeto de debate, os métodos ou abordagens específicas que são apropriadas para o desenvolver. Há, no entanto, uma procura de um modelo dominante para a síntese de evidências qualitativas (Sousa et al., 2018), na qual queremos participar.

Optámos por este tipo de revisão, porque os efeitos das abordagens qualitativas são resultados isolados, que não facilitam nem a compreensão da articulação dos diferentes elementos da tomada de decisão clínica, nem o processo como um todo. Fazemo-lo com a expectativa de poder definir um modelo que nos possa dar uma visão de conjunto do processo de tomada de decisão clínica, em contextos de cuidados. Um modelo que descreva de forma concisa os conceitos com as suas propriedades e as relações que se estabelecem entre eles.

1.3 REVISÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA: SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS QUALITATIVAS

Esta revisão qualitativa que nos propusemos fazer tem como objetivo identificar os conceitos com as suas respetivas propriedades, que dão suporte ao processo de tomada de decisão.

1.3.1. Método

Este é um método que cria condições para produzir uma nova interpretação integradora dos resultados da pesquisa qualitativa, mais substantiva e significativa do que as investigações individuais. Nele os resultados da pesquisa, a análise dos dados reunidos, a qualidade dos mesmos e a extração dos dados são apoiadas pelos seguintes instrumentos, o fluxograma PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses e a grelha (JBI-QARI) Instrumento de Avaliação e Revisão Qualitativa do Joanna Briggs Institute para aferir a qualidade dos estudos selecionados. A síntese dos dados é feita com o apoio de um outro instrumento, uma análise lexical de dados textuais (Alceste). A síntese agrega as raízes das grafias das palavras nos diferentes segmentos de texto que incorporam os resultados dos estudos que tinham critérios de qualidade.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A pesquisa foi feita nos acervos das bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) com o motor de busca EBSCOhost, no intervalo dos anos 2002 e 2012. A pesquisa foi feita em duas etapas. A primeira limitou-se ao conceito “tomada de decisão em enfermagem” e uma análise dos títulos, dos resumos e dos descritores indexados para descrever os artigos. A segunda etapa foi já mais extensa e utilizou as palavras-chave e os descritores já identificados. A pesquisa limitou-se à língua inglesa. Os descritores usados foram os seguintes:

Clinical decision making in nursing; critical care nurses’s decision making; decision making and intuition; the factors and clinical decision-making; advanced practice and clinical judgment and decision making; nurses’s utilization of knowledge; evidence-based practice and clinical decision making; practice nurse and clinical decision making and access to information.

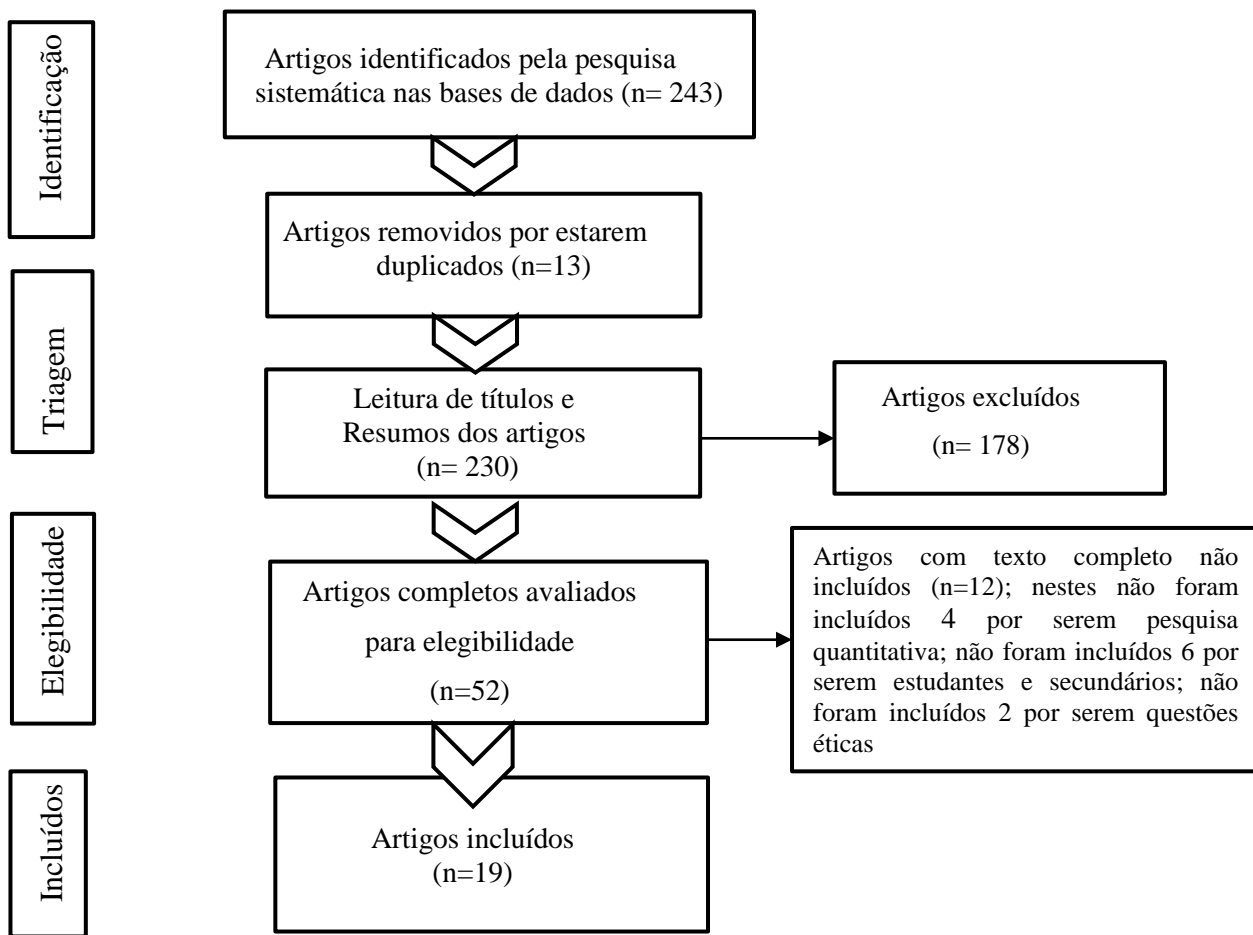
CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Os critérios de inclusão desta revisão são os seguintes: (a) estudos primários com metodologia qualitativa; (b) os contextos são os ambientes clínicos também chamados de naturalistas; (c) o foco foram os conceitos que foram investigados no âmbito da tomada de decisão em enfermagem. Excluimos todos os estudos que não eram da área de enfermagem.

Na pesquisa inicial encontramos 243 publicações. Nestas havia algumas duplicações; estudos cujo título não estava integralmente relacionado com o fenômeno de interesse; publicações que eram editoriais, comentários, guidelines, teses e livros; estudos que não estavam escritos em inglês; estudos cuja população não era de enfermeiros; estudos com estudantes de enfermagem; estudos sobre questões éticas; estudos secundários (revisões da literatura) e estudos quantitativos; e estudos que usaram modelos analíticos de raiz matemática. Deste total restaram 230 que foram avaliados pelo título e relevância do resumo. A triagem resultou em 178 artigos que preencheram os critérios de seleção. Após

a leitura integral 52 artigos foram avaliados para elegibilidade. E destes 19 foram reconhecidos pelo seu potencial de inclusão. A figura 4 mostra a estratégia de pesquisa. O processo de triagem foi realizado por dois revisores (MDM e LMS), e não houve discordâncias.

Figura 4 Fluxograma do processo de pesquisa PRISMA



Os artigos que foram incluídos mediante o fluxograma PRISMA, são agora reconhecidos como dados, e vão ser avaliados por um instrumento padronizado de extração de dados JBI - QARI. Os resultados da avaliação levam à extração, ou não, daqueles que têm níveis de credibilidade desejável.

Dois revisores avaliam, independentemente, cada um dos dados e atribuem um nível de credibilidade. Durante o processo de avaliação crítica, em relação a cada item, de cada

grelha, os revisores têm quatro opções que devem considerar: sim, não, não claro ou não aplicável (Apóstolo, 2017).

Quadro 5 Avaliação da qualidade dos estudos incluídos

Citações	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Simmons et al, 2003	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Curry et al, 2006.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Hagbager et al, 2004	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Manias et al, 2004	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Kennedy, 2004	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Twycross & Powls, 2006	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Agard & Lomberg 2010	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Aitken et al 2008.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Ramezani-Badr et al 2009	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Elliot, Naomi, 2010	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Lundgrén-Lain et al 2009	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Hedberg & Larsson 2003	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Hedberg & Larsson- 2004	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Bucknall 2003	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Aitken L. M. 2003	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Traynor et al 2010	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Fossum et al 2011	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Dowding et al, 2009	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Scright, 2011	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S

Os revisores leram cuidadosamente os artigos que foram incluídos e extraíram os 19 artigos que tinham sido incluídos no PRISMA. Não houve divergências quanto aos níveis de credibilidade.

RESULTADOS

Quadro 6 Características dos estudos

Participantes	Participaram um total de 291 participantes, maioritariamente feminina, com anos de experiência entre 1 e 37 anos, níveis de graduação do mais baixo ao mais diferenciado e culturalmente distintos. Dez são oriundos da Europa, cinco da Austrália, dois dos Estados Unidos e dois do Irão.
Os fenómenos de interesse	O conhecimento e avaliação da informação sobre os doentes; O raciocínio e as estratégias cognitivas; Estratégias usadas pelos enfermeiros na gestão dos doentes críticos; Estratégias de decisão no âmbito da medicação; Dinâmicas das relações dos contextos clínicos.
Contexto	Em contexto simulado: dois com focus grupo e dois com cenários hipotéticos. Em contexto naturalista: 2 em contextos de saúde primários e geriátricos e os restantes em ambiente hospitalar, metropolitanos e regionais, e nas unidades médicas, cirúrgicas, cuidados intensivos, saúde mental, e pediatria.

FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

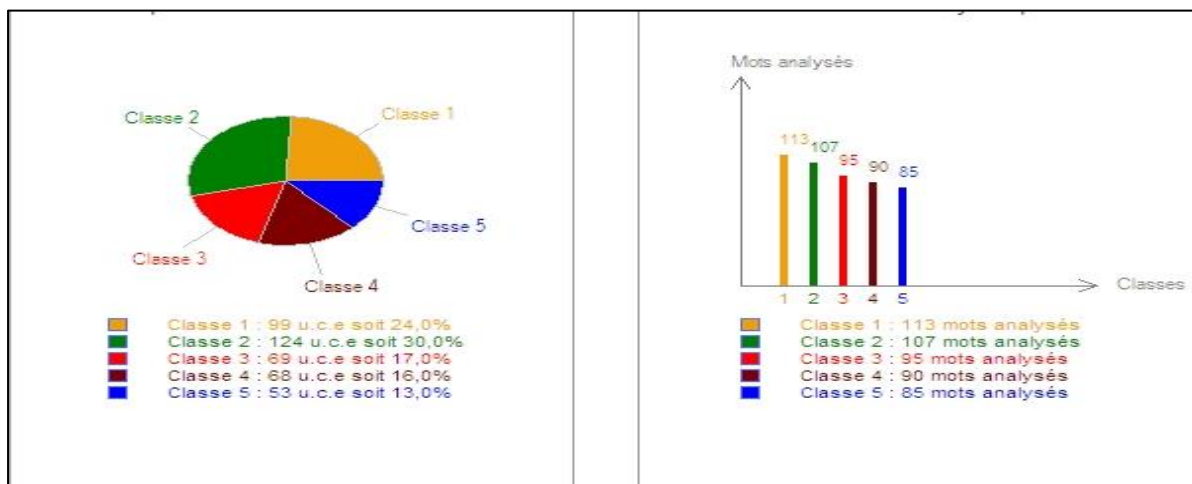
AGREGAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

A agregação foi feita através do reconhecimento das grafias das raízes das palavras que deram corpo aos resultados dos estudos que foram qualificados. Estas raízes foram depois quantificadas e hierarquizadas, em função dos valores das frequências e do qui quadrado para criar classes e as relacionar. Assim as classes resultam de uma agregação das raízes das palavras às respetivas unidades de contexto i. e., os segmentos de texto.

O processamento destes dados revelou uma riqueza de vocabulário de 97.87%, um indicador que documenta a quantidade de léxicos disponíveis, com capacidade para aprofundar a

análise e a síntese dos dados. Desta quantidade 69% dos léxicos, ou seja, 413 segmentos de texto de um total de 595, foram geradas 5 classes (figura 5).

FIGURA 5 Repartição das unidades de contexto e do número de palavras por classe



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

Para compreendermos o conteúdo das classes situámos os vocábulos (léxicos) nas unidades de contexto, associadas a cada uma delas. No seu todo, os vocábulos e as unidades que as enquadram definiram cada uma das classes. Estas classes vão ser nomeadas como conceitos porque elas reúnem um conjunto de ideias que já foram objeto de validação científica. Para uma melhor compreensão apresentamos a substância de cada uma das classes na língua de origem, logo depois a relação que acontece entre elas através de um dendograma (figura 6) que mostra a relação entre os conceitos envolvidos na tomada de decisão.

O nome que lhes foi atribuído foi definido em função do conteúdo expresso nas respetivas unidades de contexto: Classe (1) “processo de avaliação clínica”; classe (2) “dinâmicas profissionais”; classe (3) “estratégias de raciocínio”; classe (4) “avaliação sistemática das decisões”; classe (5) “relevância da experiência clínica”.

Classe 1

Processo de avaliação clínica

Em alguns casos os enfermeiros percebem que a combinação da situação clínica particular e alguns aspetos da vida psicossocial expressa as potenciais necessidades de cuidados. Eles observam sinais relacionados com a situação da doença, observam o diagnóstico médico e descrevem o doente na sua experiência de vida. Apoiados pelas suas observações registam, identificam e interpretam os dados relacionados com a situação dos doentes. E esforçam-se por compreender a singularidade de cada doente; quais são as pessoas que lhes são significativas; o que esperam dos serviços e quais são os recursos que têm, relacionados com a sua situação de doença.

Os enfermeiros estão conscientes que os doentes precisam de sentir que têm uma atenção e um ambiente adequado para falarem dos seus problemas, porque até lá os doentes selecionam a informação que querem divulgar. Por isso as enfermeiras têm de se esforçar para os compreender, dar-lhes tempo, procurar e validar várias vezes a informação que vai sendo recolhida, para conhecer as situações particulares dos doentes. Diariamente o enfermeiro deve decidir com base na melhor evidência disponível, se há necessidade de uma nova avaliação, deve apreciar com alguma incerteza a necessidades de cuidados relativa à situação particular do doente

Extratos da lista de unidades de contexto elementares (UCEs) da classe 1

uce n° 568 Khi2 = 23 in some cases, DN anticipated that the combination of a patient particular clinical situation and certain psychosocial aspects of their life was likely to result in future care needs. uce n° 8 Khi2 = 16 based on their observations, the nurses note, identify and interpret cues relating to the patient's situation. When the nurses observe cues/ relating to the patient health situation, they described the patient as a/ person, the social situation and medical diagnosis. uce n° 258 Khi2 = 17 they made an effort to clarify what kind of persons the individual patients and relatives were, what their relationships were like, the wishes of the individual patient and relatives and how they were coping. uce n° 455 Khi2 = 17 participants were aware that they did not have automatic access to this information, and that patients controlled what information they chose to disclose and the degree to which they allowed other people to access their lifeworld. uce n° 569 Khi2 = 21 in everyday practice, DN must decide, on the basis of the best available evidence, whether there is a need to visit again. Anticipating future care needs involved estimation of how certain or uncertain they were about the patient particular situation. uce n° 447 Khi2 = 16 participants first worked at getting alongside patients in order to understand their

perspectives on a health problem. They actively worked at creating an environment in which patients could feel that they were getting individual attention, thereby affirming to them their importance as people so that they would feel at ease and talk openly about their problems.

Classe 2

Dinâmicas profissionais

Os enfermeiros menos experientes apoiam-se nos mais experientes para tomar decisões e em geral respeitam a decisão dos mais velhos sem qualquer confronto no contexto clínico. Os mais experientes por serem em menor número são também estes que vivem situações de maior tensão no momento da decisão. Uma maior colaboração entre a equipa, o doente e a família torna o ambiente mais harmonioso e facilita a partilha de conhecimento no apoio e ensino ao doente e ao mesmo tempo eleva os padrões de qualidade no atendimento ao doente. Ao nível das relações na equipa, os conflitos interpessoais e a falta de suporte emocional e legal constituem uma barreira para a tomada de decisão.

Há enfermeiros que acreditam que o modo, o tipo e os níveis da sua participação nas decisões clínicas dependem da sua educação e por isso responsabilizam o ensino; outros consideram que têm autoridade e habilidades para tomar decisões na prestação de cuidados críticos, com qualidade e em tempo útil. São os constrangimentos organizacionais tais como a descrição da profissão e as regras oficiais que os limita. Os recursos que estão disponíveis afetam diretamente a sua autonomia, o volume de trabalho e a qualidade dos cuidados ao doente. A unidade cujo espaço é aberto é tão agradável e cómodo tanto para a equipa como para as necessidades dos doentes.

Extratos da lista de unidades de contexto elementares (UCEs) da classe 2.

uce n° 523 Khi2 = 38 information and proposed decisions were passed up the ladder until a decision was made. nursing hierarchies reflected nurse clinical competence and expertise. however, the higher the nursing job level, the less staff available to discuss options and the more stress incurred. less experienced nurses tended to respect the professional hierarchies and were less confrontational in the clinical setting. uce n° 545 Khi2 = 25 increased collaboration between staff, patient/ and families led to a more harmonious environment. it facilitated the sharing/ of knowledge for support and teaching and increased patient care standards. uce n° 356 Khi2 = 29 twenty-five participants/ mentioned that interpersonal conflicts and lack of emotional and legal/ supports such as mal practice coverage also act as barriers to clinical/ decision making in nursing. uce n° 359 Khi2 = 27 twenty-five participants emphasized the critical role of nursing education in the development of decision_making skills of the nurses. they believed that the mode, type

and levels of participation of nurses in the clinical decisions depend on their education. uce n° 347 Khi2 = 20 nurses considered authority as a pre-requisite in clinical decision-making and also as a critical factor in providing timely and quality care. the majority of the nurses believed that organizational related variables such as job description and official rules/ limited them uce n° 507 Khi2 = 24 resource availability directly affected their autonomy, workloads and quality of patient care. The open, spacious layout in one unit was both pleasant and accommodating to staff and patient needs.

Classe 3

Estratégias de raciocínio

Os enfermeiros para avaliarem os dados usam várias estratégias sendo as mais comuns: procurar informação, ajuizar sobre a informação, retirar conclusões e criar hipóteses a partir delas. O que afirmam ser uma boa regra da prática para dar explicações à equipa. Chamam avaliação às declarações sumárias que fazem sobre cada doente. Nesta avaliação estabelecem relações entre os dados que lhes sugerem intervenções e as razões das mesmas; assumem as conclusões que retiram da avaliação, como regras da prática. O seu raciocínio resulta na formação de uma opinião sobre o estado do doente a partir de uma observação e interpretação dos sintomas. O pensar em voz alta ajuda-os a consolidar as informações e a tirar conclusões. Também usam heurísticas como estratégias de pensamento específico sendo estas dependentes da experiência passada do enfermeiro. Os enfermeiros não se revêm na palavra dados clínicos quando se confrontam com problemas muito complexos

Extratos da lista de unidades de contexto elementares (UCEs) da classe 3.

uce n° 393 Khi2 = 55 when assessing data, the Rns used a variety of thinking strategies. the most common strategies used were searching_for_information, judging_the_value, drawing_conclusions, generating_hypotheses, asserting_a_practice rule and providing_explanations.

uce n° 43 Khi2 = 44 when participant reasoning resulted in forming an opinion about patient status, that process was defined as evaluate, and when summary statements were made about each patient that process was defined as conclude. uce n° 372 Khi2 = 59 g. they interpreted residents symptoms, initiated appropriate assessment, interpreted resident responses and suggested nursing and medical diagnoses. Forming relationships was also used when assessing data, suggesting appropriate intervention and reasons for action. Drawing conclusions was often done in connection with asserting a practice rule. uce n° 48 Khi2 = 32 heuristics were used by each of the fifteen participants. The specific thinking strategy seemed to be dependent on each nurse past experience. the most frequently used heuristics were recognizing a pattern, judging

the value, providing explanations, forming relationships, and drawing conclusions. uce n° 389 Khi2 = 26 in nine of the 120 individual sessions, Rns either started with collecting data or went straight to planning interventions. Collecting data: this code was used when the Rns asked for more data, as for example: he does not feel good. What does it means? uce n° 56 Khi2 = 31 drawing conclusions was employed frequently throughout the think aloud sessions as a means to group or consolidate information for interpretation into chunks before continuing. The nurses used this heuristic when they made judgments about information or expressed their opinion

Classe 4

Avaliação sistemática das decisões

A medicação dos doentes é um processo exigente e que ocupa uma boa parte do tempo clínico dos enfermeiros. A responsabilidade sobre ela exige uma negociação constante que vai além dos riscos e benefícios da medicação. Os enfermeiros especialistas no âmbito da insuficiência cardíaca usam estratégias para apoiar o titular da decisão. Como forma de lidarem com a incerteza e a imprevisibilidade avaliam sistematicamente o comportamento do doente observando os sinais e sintomas que são expectáveis como resultado da decisão. Reconhecem padrões nas reações do doente à medicação, antecipam efeitos secundários, decidem sobre o melhor tempo para administrar os medicamentos prevendo os seus efeitos e discutem com o doente a continuidade da medicação. Alguns participantes foram capazes de relacionar diferentes tipos e fontes de informação usando um raciocínio hipotético-dedutivo

Extratos da lista de unidades de contexto elementares (UCEs) da classe 4

uce n° 433 Khi2 = 28 they predicted that the medication round for patients would consume a significant proportion of their time. Subsequently, these participants were observed, to follow a structured timetable to which they referred during the course of the shift. uce n° 286 Khi2 = 36 this constant trading off of risks and benefits of titrating medication was apparent in both observed and reported accounts of decision making. Medication, titration decisions also involved predicting possible consequences, side effects such as dizziness, change in renal function. uce n° 429 Khi2=39 pattern recognition also concerned medication characteristics, which involved anticipating side effects, identifying possible allergies, determining the time to administer the drugs, predicting their therapeutic effects and making medication decisions following discussions with patients. uce n° 288 Khi2 = 30 decisions strategies and heart failure specialist nurses used several strategies to assist their medication titration decision making. as a way of dealing with the uncertain and unpredictable nature of the types of medication titration decisions they were undertaking they appeared to adopt a type experimental approach to their decision

making. uce n° 398 Khi2 = 23 there were instances where it was clear participants were able to make connections between various types and sources of information using hypothetico_deductive_reason uce n° 275 Khi2 = 24 therefore the findings related to medication decisions refer in the main to more complex decisions surrounding medication titration. Information used by HFSNs to inform their medication decisions were predominantly patient signs and symptoms related to heart failure.

Classe 5

Relevância da experiência clínica

Os enfermeiros mais experientes, quando são confrontados com desafios associados à avaliação e resposta a episódios de instabilidade hemodinâmica e complicações pós-operatórias preferem trabalhar com colegas que já têm experiência neste domínio. Requer conhecimentos e habilidades específicas que geram benefícios tanto para os doentes como para os enfermeiros que metodicamente realizam as ações necessárias a cada momento. Todos os enfermeiros disseram que querem ter apoio dos colegas quando recebem doentes para recobro, não só pela sua carga de trabalho, mas também pelo seu desejo de estabilizar de imediato os doentes. A maioria dos enfermeiros menos experientes procura apoio nos colegas mais experientes para lidar com sentimentos de insegurança. Este apoio é reconhecido como valioso na redução dos sentimentos de ansiedade e na construção de confiança.

Extratos da lista de unidades de contexto elementares (UCEs) da classe 5

uce n° 206 Khi2 = 47 all nurses said they preferred experienced colleagues to assist them/ in receiving patients because they considered experienced nurses familiar with, and skilled in, settling patients. uce n° 212 Khi2 = 44 all nurses said that they wanted collegial assistance when receiving and recovering patients because of their high workloads and their desire to promptly establish the hemodynamic status of patients. uce n° 173 Khi2 = 36 these nurses described how they felt pleased and proud when they met challenges associated with detecting, and responding to, episodes of hemodynamic instability and postoperative complications. uce n° 171 Khi2 = 27 the strategy used by most nurses to deal with feeling daunted was to seek assistance from experienced colleagues. These nurses stated that the provision of decision assistance from colleagues during the reception phase was valuable in reducing their feelings of anxiety and building their confidence, provided their colleagues were experienced in CSIC nursing. uce n° 192 Khi2 = 29 settling in procedures referred to procedures carried out by nurses during the reception of patients, such as establishing hemodynamic monitoring and connecting the chest drainage system to suction. uce n° 195 Khi2 = 27 this incident illustrates that decisions associated with/ settling in procedures require specific knowledge and skills. there were/ benefits for patients and nurses alike when nurses methodically carried

Quando agregamos estes conceitos que emergiram dos dados em análise, a outros já cientificamente reconhecidos, estes podem também ser reconhecidos pela sua fidedignidade e coerência³³. O conceito “processo de avaliação clínica” corrobora os resultados das pesquisas apresentados pelos investigadores (Wolf et al, 2006; Junnola et al, 2002; Hedberg & Larsson, 2003; Benner et al, 2011, Lopes, 2006, Jesus, 2006; Menegon et al, 2019; Young et al, 2020).

Também o reconhecimento da experiência como uma mais valia é reconhecida por outros investigadores (Curry et al, 2006; Twycross & Powis, 2006; Farčić et al, 2020). No âmbito das “dinâmicas profissionais” os resultados das pesquisas evidenciam que há algum mal-estar entre os enfermeiros e isso se constitui como uma barreira para a tomada de decisão. Revela-se ao nível das relações na equipa, dos conflitos interpessoais e falta de suporte emocional e legal. E esta ideia é reiterada por Moira (2007) dizendo que entre os enfermeiros também existem alguns sentimentos que se constituem como barreiras: medo de repercussões e o sentimento de que as suas opiniões não sejam tidas em conta.

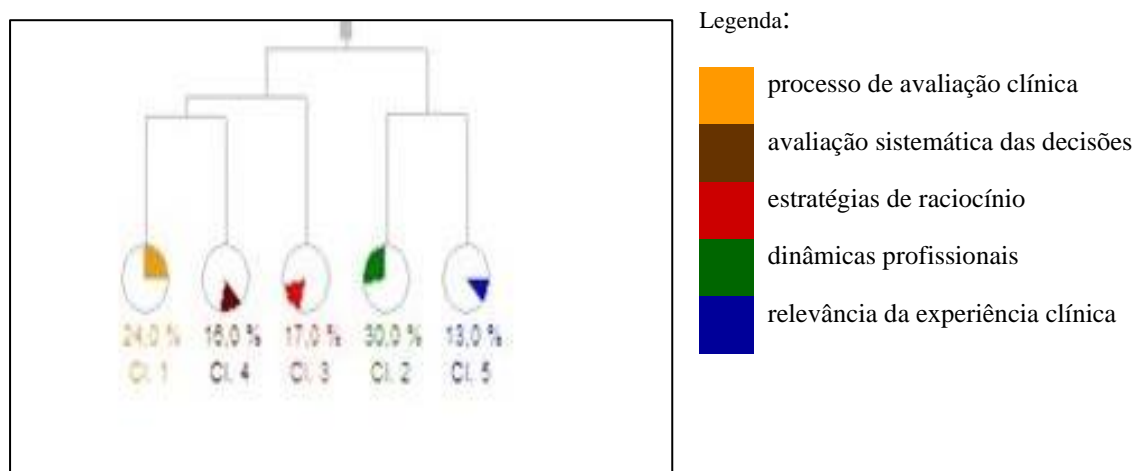
O conceito “estratégias de raciocínio” corrobora os resultados de estudos de outros investigadores (Twycross & Powis, 2006; Hassani, Abdi & Jalali, 2016; Smyth, & McCabe, 2017; Shan, & Yang, 2017) que registam que na procura de informação são utilizadas como estratégias de raciocínio as hipóteses e os processos heurísticos. E a partir delas podem estabelecer relações que lhes sugerem intervenções e as razões das mesmas. Mas o conceito também é coerente com os resultados de Simmons et al., (2003) que referem que os enfermeiros usam uma linguagem conceptual para raciocinar acerca dos dados recolhidos.

As propriedades do conceito “avaliação sistemática das decisões” são coerentes com os resultados apresentados por muitos investigadores (Hedberg & Larsson, 2003; Nibbelink, & Carrington, 2019; Mok, 2015; Kahl, 2019; Asmirajanti, Hamid & Hariyati, 2019) que referem que os enfermeiros a fazem como forma de lidarem com a incerteza e a imprevisibilidade, observando os sinais e sintomas que são expectáveis como resultado da decisão tomada.

³³ O termo coerência é usado quando é crível que uns dados são justificados por outros dados.

Para além da reconceptualização, também nos foi dado perceber as relações que se delinearam entre os conceitos e que definem a estrutura. O programa criou um dendrograma com base nas relações entre as 413 unidades de contexto que estiveram em análise (figura 6).

Figura 6 Estrutura do processo de tomada de decisão



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

Os cinco conceitos foram divididos em dois ramos. Um relacionado com questões da equipa e outro com questões da avaliação dos doentes. Num dos ramos estão dois conceitos um referente às “dinâmicas profissionais” classe 2 e o outro referente à “relevância da experiência clínica” classe 5. No outro ramo estão outros dois conceitos “processo de avaliação clínica” classe 1 “avaliação sistemática das decisões” classe 4 e o terceiro conceito “estratégias de raciocínio” classe 3 está numa posição intermédia dos dois ramos. Os ramos organizaram-se numa posição equidistante, em função da análise dos seus vocábulos. O terceiro conceito deste ramo “estratégias de raciocínio” está colocado num nível superior aos outros conceitos dos dois ramos, indiciando que ele está presente e é uma propriedade de todos os outros conceitos.

Os ramos mantêm-se ligados como subsistemas e simbolicamente são as estratégias de raciocínio que os liga. Desta forma podemos concluir que os conceitos que emergiram reforçam a definição de uma estrutura organizada no processo de decisão. Avaliação e decisão, estão intimamente ligadas uma à outra. E as decisões são sistematicamente

avaliadas para garantir a eficácia das mesmas, mas também para minimizar a inquietude dos enfermeiros.

As estratégias de raciocínio divergem em função da situação clínica e da competência dos enfermeiros, e são comuns a outras pesquisas no âmbito do processo de cuidados. Os contextos, as dinâmicas profissionais e a experiência clínica dos enfermeiros têm impacto na atividade profissional e na qualidade e segurança dos cuidados.

A partir destes dados podemos reforçar a ideia de que estamos perante uma tomada de decisão que não é um processo linear, está simultaneamente dependente de um conjunto de entidades, que são de diferentes naturezas, mas que são indissociáveis e têm uma interação dinâmica. Observamos que há conceitos ligados aos dados, à informação, à decisão, às relações interpessoais, mas não há unidades de contexto em número suficiente, para se constituir como uma classe sobre o conhecimento, que os enfermeiros usam na tomada de decisão.

Podemos concluir que a tomada de decisão em enfermagem envolve uma equipa organizada com experiência para avaliar clinicamente os doentes e sistematicamente tomar decisões apoiadas pelas estratégias de raciocínio.

A problematização teórica que desenvolvemos ofereceu-nos segurança porque nos ajudou a ter uma melhor compreensão de uma ausência de conhecimentos sobre a dimensão processual do raciocínio clínico, muito embora haja muita literatura sobre a tomada de decisão clínica e sobre o raciocínio clínico.

O conhecimento que adquirimos sobre a imensidão de fatores e de riscos e dos potenciais enviesamentos, que podem adular os modelos, sejam eles de que natureza for, fez-nos alimentar a curiosidade, o interesse, e a motivação para continuarmos numa lógica indutiva a pesquisa sobre a dimensão processual do raciocínio clínico.

Por isso pensamos que reunimos condições para delimitar a dimensão da problemática e assumir o problema que justifica o estudo.

2. DELIMITANDO O PROBLEMA QUE JUSTIFICA O ESTUDO

As boas práticas de cuidados de enfermagem resultam de uma interação dinâmica de saberes³⁴ e conhecimentos, que permitem aos enfermeiros saber como e quando devem tomar decisões. Não se trata, por isso, de um problema empírico, mas sim de um problema teórico que emerge de questões clínicas, profissionais, epistemológicas, mas também ontológicas.

Não existe uma definição de enfermagem universalmente aceita pelos profissionais de saúde. E os enfermeiros quando são questionados limitam-se a descrever o que fazem reduzindo a enfermagem a procedimentos que, aparentemente, são de fácil de fácil realização. A consciência deste problema tem levado os investigadores a debruçar-se sobre as questões que já tinham sido colocadas por Nightingale e que ainda continuam a oferecer dúvida para alguns “o que é e o que não é a enfermagem”.

Desde logo o problema surge, porque muito do trabalho do enfermeiro parece estar oculto do escrutínio objetivo da ciência, devido à natureza subtil e interpessoal de muitas das decisões que os enfermeiros tomam. Ignorar estes aspetos que estão aparentemente ocultos levou a que o exercício clínico dos enfermeiros fosse pensado, durante anos, como uma série de tarefas que podiam ser menorzadas. Recentemente persiste a ideia que os enfermeiros sabem fazer, mas têm dificuldade em explicar o que fazem.

Pensamos que o problema não deve ser assim colocado porque se trata de um conjunto de procedimentos (considerando que eles representam um modo de economia mental para contextos que impõem juízos sistemáticos e com resposta imediata), ou tão pouco não saber explicar o que fazem.

Parte do problema também já não está na ambiguidade das relações teoria-prática, mas no problema de fazer dialogar, a pluralidade dos campos científicos com a dinâmica das singularidades, e no modo como ela é observada e questionada. Um diálogo que tem sido

³⁴ Os saberes são sustentados pela experiência pessoal. São da ordem do privado, pessoal e intuitivo. Os enfermeiros que os possuem manifestam uma sabedoria que lhes permite resolver muitas situações clínicas

crítico, porque tem tropeçado em continuidades e descontinuidades, em confirmações e dissonâncias, entre o que se espera e o que se encontra no campo clínico.

As dinâmicas das experiências humanas de saúde remetem os enfermeiros para um raciocínio prático. Mesmo, quando não existe um discurso que define claramente um novo problema ou que ajuda a ultrapassar/criticar um velho problema, existe um raciocínio que é baseado numa racionalidade clínica criada a partir da reflexão e da experiência clínica. Em muitos casos este modo de raciocinar tem sido ignorado ou silenciado pelos investigadores. Os aspetos práticos têm sido dicotomizados com os aspetos teóricos, em vez de integrados, incorporados e usados como um trampolim para o desenvolvimento da área disciplinar.

A lógica de quem trabalha com cada doente ou populações ocasionais é necessariamente diferente da lógica científica. Reconhecer e gerir as mudanças no quadro clínico do doente ao longo do tempo requer um raciocínio que não se identifica com o raciocínio científico.

Sabemos que as demonstrações ideológicas do processo de raciocínio e ação, desenvolvidas por alguns investigadores não são compatíveis com aquilo que se observa nas demonstrações empíricas nos campos clínicos (Benner, 1992,1996; Lopes, 2006; Potter et al., 2005; Tanner, 2006). Porque os cuidados são esculpidos num campo de complexidade, e as propriedades mutáveis são múltiplas e de diferentes naturezas.

➤ Da natureza das competências profissionais

Os enfermeiros tornaram-se responsáveis pela monitorização e gestão diária da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes; diagnosticam, sem que o nomeiem como tal, e intervém de forma imediata quando as condições clínicas dos doentes se alteram; agilizam a prevenção de complicações e problemas e são as pessoas que reúnem mais condições para intervir no imediato minimizando efeitos negativos; organizam e reorganizam constantemente as prioridades e as intervenções de cuidar para responder às necessidades flutuantes dos doentes (Potter et al., 2000). Os enfermeiros desenvolvem relações terapêuticas com os doentes e famílias e com a sua perícia promovem bem-estar (Ponte et al., 2007).

Esta responsabilidade na gestão de situações clínicas é baseada de forma significativa, mas não exclusiva na expressão ou nos assuntos que se referem ao

individual. E envolve de forma inevitável elementos de risco e de incerteza, que são impostos pela natureza dos problemas e pelo carácter imperfeito do conhecimento e da informação para os avaliar (Benner et al., 1992, 1996; Elstein & Dowie, 1999; Ritter, 2003).

➤ Da natureza das limitações e capacidades humanas

A capacidade cognitiva tem limites para apreender a realidade (Argyle, 1976; Pöppel, 1985; Kahneman et al., 2005; Kahneman, 2011). Não é possível simultaneamente ter várias coisas na consciência. Ler um fenómeno e julgá-lo exige esforço intelectual (Helvesen & Rieskamp, 2009). Os julgamentos, as decisões e as ações desenvolvidas não se confinam às leis da probabilidade (Gilovich & Kahneman, 2003). Os encontros iniciais com os utentes são influenciados pelas preconcepções e expectativas dos enfermeiros (Salovey, 1988; Tanner, 2006).

O processo de colheita de dados, que é feito de forma sistemática através de juízos perceptivos e inferenciais, depende das capacidades dos enfermeiros para o fazer (Junnola et al, 2002); é o conhecimento do doente enquanto pessoa que ajuda a identificar os dados que são pertinentes e a partir deles definir prioridades; há uma correlação estatisticamente positiva entre a aquisição de informação e a definição do problema (Junnola et al., 2002; Wolf et al., 2006).

➤ Da natureza da relação raciocínio-ação

As pesquisas desenvolvidas sobre o fenómeno revelam que as relações são interativas (Doenges & Moorhouse, 2003; Lopes, 2006), graduais (Carnivali & Thomas, 1993; Lopes, 2006) intuitivas ou heurísticas (Gaul, 1994; O' Neil, 1994).

➤ Da natureza da situação clínica e da natureza ideológica dos enfermeiros

As evidências informam que a complexidade da situação clínica e o modo como os enfermeiros pensam a enfermagem interfere nas competências de raciocínio (Curry et al, 2006; Twycross & Powis, 2006; Carr 2004).

Nos anos sessenta do século XX o processo de enfermagem edificou-se como um modelo normativo de resolução de problemas, que ficou aquém da dimensão pragmática que era

expectável. A égide da resolução de problemas, deixa por explicar aquilo que é a prática de cuidados no contexto clínico.

As abordagens naturalistas, dirigidas ao processo de cuidados, vieram pôr em causa a generalização dos modelos normativos, perante as evidências e um consenso alargado, que a prática de cuidados se reveste de uma complexidade que é dinâmica, na qual as decisões clínicas só podem ser entendidas num processo como um todo e em contexto.

Os modelos descritivos já referenciados reconhecem que o processo de cuidados é dinâmico, progressivo, sistemático e/ou contínuo. A interação é constante com os doentes e famílias ou pessoas significativas. E nesta interação a recolha de dados é contínua através de um envolvimento com a situação e com o conhecimento do doente em particular. E é na interação que há avaliação com intervenção imediata sem qualquer momento específico para o fazer.

De acordo com os resultados da revisão sistemática qualitativa que apresentámos o processo de tomada de decisão apoia-se em conceitos, que têm que ser consideradas no seu todo e de forma continuada para assegurar a qualidade dos cuidados. A tomada de decisão está simultaneamente dependente de um conjunto de conceitos, que têm afinidades apesar de serem de naturezas diferentes, mas que são indissociáveis com uma interação dinâmica. Na tomada de decisão há conceitos ligados aos dados, à informação, à decisão, às relações interpessoais, e o envolvimento de uma equipa organizada com experiência para avaliar clinicamente os doentes, e sistematicamente tomar decisões apoiadas por estratégias de raciocínio.

A literatura que temos vindo a explorar sugere que há um consenso alargado sobre os conceitos relevantes do processo de cuidados. O mesmo não acontece sobre a relação que se desenha entre eles. E quando há referência à relação que se desenha entre eles, ela é dicotomicamente referenciada entre linear e não linear porque é complexa. Os investigadores naturalistas que exploram o processo de cuidados e que recusam a linearidade da relação entre os conceitos, defendem a ideia que quaisquer que sejam os conceitos estruturantes têm que ser compreendidos a partir de um todo e em contexto.

Mas continuamos sem saber como é que este todo se pode formar, e como se desenvolvem as relações entre os conceitos, que são teoricamente estruturantes do processo. Ideia que

é reforçada por Gordon (1998) e Lopes (2006) que afirmam que é importante investigar a dimensão processual do raciocínio clínico nas diferentes situações, que possam ser encontradas na atividade clínica.

Naquilo que nos foi dado observar e analisar, dizemos com humildade intelectual que não temos conhecimento de um modelo que explique o modo como se desenvolve o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros. Há por isso um mundo que ainda não foi explorado, mas que é importante que o seja, a bem da enfermagem.

Neste enquadramento tomámos como objeto de análise as ações e interações dos enfermeiros de uma unidade de cuidados intermédios, para interpretarmos através delas o que os enfermeiros dizem e fazem.

E sobre as quais ainda sabemos pouco ou não sabemos mesmo sobre:

- a natureza do conhecimento em uso na tomada de decisão clínica;
- as estratégias de raciocínio usadas pelos enfermeiros;
- a informação de referência para a tomada de decisão;
- como selecionam e relacionam, ou seja, processam a informação;
- quais são os conceitos que formam a estrutura da tomada de decisão clínica;
- como se desenvolvem as relações entre esses conceitos.

O conhecimento que adquirimos conduziu-nos às questões, agora sistematizadas. Elas representam para nós um mapa para guiar a pesquisa ao nível da metodologia e dos métodos, técnicas de recolha e análise dos dados. Pensamos que os conhecimentos que temos vindo a enunciar nos permitem acreditar que já reconhecemos a natureza do problema de investigação e com clareza o conseguimos delimitar. Por isso explicitamos o problema de investigação, a questão de investigação, os objetivos e a finalidade do estudo.

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Ausência de um modelo explicativo da dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros, numa unidade de cuidados intermédios.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Como é que os enfermeiros desenvolvem o processo de raciocínio clínico para tomar decisões numa unidade de cuidados intermédios?

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Descobrir os conceitos que estruturam o processo de raciocínio clínico

Descobrir as relações que criam a estrutura de uma teoria

Elaborar um modelo descritivo e explicativo da dimensão processual do raciocínio clínico

FINALIDADE DO ESTUDO:

Formalizar a dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros através de uma teoria substantiva.

SEGUNDA PARTE - PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO

1- METODOLOGIA

A tomada de consciência do problema enunciado impõe-nos olhar com objetividade a realidade clínica. Esta imposição remete-nos para a definição de uma metodologia que facilite a organização das nossas ideias na construção do conhecimento, e ao mesmo tempo se enquadre na área disciplinar de enfermagem.

A metodologia é uma forma metódica de pensar e estudar a realidade (Strauss & Corbin, 2008). A tradição canónica diz-nos que podemos pensar e estudar sob dois modos, o qualitativo e o quantitativo e cada um remete para formas diferentes de apresentar a experiência de construção do conhecimento. Os dois são irreduzíveis um ao outro, apesar de serem complementares.

Os esforços para reduzir um ao outro ou para ignorar um à custa do outro são danosos, para captar a riqueza da diversidade do pensamento na área de enfermagem. Mas esta área faz confluír os dois modos de abordar os problemas. Cada uma das formas de conhecimento tem princípios de funcionamento próprios, mas que se cruzam e se esbatem no estudo³⁵ do cuidar das experiências humanas de saúde.

1.1 - FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

Qualquer que seja a abordagem metodológica ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem é construída, numa forma implícita ou explícita, sobre pressupostos que articulam proposições tanto ontológicas quanto epistemológicas. Ontologicamente a enfermagem é uma atividade prática caracterizada por níveis de incerteza e ambiguidade, pautada por uma normatividade ética e onde se desenvolvem processos intencionais de

³⁵ O objeto da disciplina de enfermagem é definido como o estudo do cuidar no âmbito da experiência humana de saúde (Newman, Sime, Concorran-Perry, 1991).

compreensão, através de juízos corroborados entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados (Medina, 1999).

Nesta atividade de natureza prática, a realidade do processo de cuidados emerge e adquire a sua especificidade através das interações e ações da prática de cuidados dos enfermeiros. É um desenvolvimento do conhecimento que é formativo e encontrado na experiência³⁶, no fazer e na reflexão e pensamento (Reed & Shearer, 2011). A articulação do conhecimento destas duas entidades indissociáveis é matizada por uma filosofia pragmática e por uma metodologia de natureza compreensiva.

O pragmatismo³⁷ enquanto modo de pensar o conhecimento define-o como um tipo de atividade, que é exclusiva do ser humano pela capacidade de agir reflexiva e intelectualmente (Charmaz, 2009). O vocábulo pragmatismo provém do grego *pragma*, que significa ação. É a ação que motiva a mudança da realidade, na medida em que move objetos que a compõem, e ela não carece de ser verificada porque ela é experimentada.

O privilégio de documentar a verdade é dado à experiência futura que é concebida como a única fonte para julgar as ações. A prova de verdade de uma proposta é a sua utilidade prática, e esta é aquela que satisfaz os interesses subjetivos das pessoas. São as ações e os fins que constituem a essência da verdade, apoiada pela interpretação. Na lógica pragmática a função do pensamento é guiar a ação e o efeito de uma ideia é mais importante que a sua origem (García, 2010).

A reflexão é importante não só pela capacidade de descobrir conhecimentos, mas também pela capacidade de os analisar e sintetizar de uma forma significativa. E é também através da reflexão que a experiência é analisada, como uma forma de dar sentido à interação.

³⁶ A experiência é aqui entendida como uma entidade de aprendizagem que utiliza a reflexão para reconhecer e reconhecer-se; a reflexão utiliza a experiência para o confronto com a realidade humana. Experiência e reflexão são copromotoras de desenvolvimento (Jasper, 2003). Para (Morin, 1996 p.178) “a reflexão significa o desdobramento do refletor em refletido, e o ponto de vista reflexivo constitui meta ponto de vista em relação ao ponto de vista refletido”

³⁷ O pragmatismo pressupõe que as pessoas são ativas e criativas. Na perspectiva pragmática os significados emergem por meio das ações práticas para solucionar problemas e é por meio das ações que as pessoas vão conhecendo o mundo (Charmaz,2009).

A experiência analisada em tempo real ou retrospectivo envolve emoções, raciocínio, necessidades de reflexão para ponderar os sentimentos gerados no seio da interação, e ponderar também sobre as percepções, porque elas podem não estar corretas (Price & Harrington, 2011). A reflexão inscreve-se numa epistemologia que se foca na compreensão de uma dinâmica, que conjuga diferentes domínios do saber reconhecidos como um todo que é complexo.

O desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, uma área disciplinar que caminha a par da respetiva área profissional no campo da saúde, reconhece tanto as dimensões objetivas como as subjetivas da experiência de saúde. E por isso se revê nos dois modelos apresentados no quadro 7 que mostra os indicadores analíticos de cada um dos modelos.

A área de enfermagem diferencia-se de qualquer outra área no campo das ciências humanas e da saúde, pela conjugação de saberes representativos de princípios cardeais opostos (Benner et al., 2011; Cabral, 2006; Hall, 1964; Lopes, 2006; Watson, 2002) que se agregam reajustando-se de forma adequada para o desenvolvimento do conhecimento.

Meleis (2005) reconhece-os como formas de desenvolvimento de saber e diferentes perspetivas sobre o conhecimento. E sugere a evolução dos dois modelos, complementares, para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. São modelos que evoluíram a partir da história da enfermagem, da sua missão, da sua orientação para o conhecimento e de uma perspetiva feminina.

Eles não são inclusivos de todas as abordagens para o desenvolvimento teórico, nem tão pouco têm uma filosofia específica que os defina. Mas representam a natureza do conhecimento e a compreensão na enfermagem. Meleis em (2005) propôs que pensemos estes dois modelos como intrínsecos à disciplina de enfermagem, porque eles emergem das suas necessidades e objetivos

QUADRO 7 Modelos de análise meta teórica

Unidades de análise	Modelo 1	Modelo 2
Unidade de observação	Definidas e concisas Predefine um aspeto da realidade	Comportamentos, eventos ou situações que acontecem num contexto ser humano -ambiente
Assunções	Axiomas, Livre de valores	Contextuais, valorativo, crenças, ações
Conceitos	Definidos e operacionalizados antecipadamente	Emergem da clínica, da pesquisa ou da teoria
Proposições	Mensuráveis	Descritivas, declarações interpretativas
Desenvolvimento teórico	Relações entre conceitos Teoria evolui a partir da pesquisa tradicional	Teoria evolui a partir da teoria, da prática e/ou da pesquisa
Condições	Consciência, fontes e factos	Percepções, significados, padrões, contexto
Instrumentos de desenvolvimento	Observacional, pesquisa metodológica e pesquisa de resultados	Colaboração, diálogo, intuição, experiências, diários, self, envolvimento
Contexto teórico do raciocínio	Desenvolvimento lógico, documentos de justificação, distanciamento, objetividade, participantes não ativos	Documentam as descobertas, envolvimento, ligação, ação, processual
Objetivo, uso da teoria e foco	Explicar, predizer; congruente com a evidência; o saber	Descrever, explicar, compreender; congruência com valores humanos, compreensão, cuidar
Critério para avaliação do fenómeno	Centralidade e parcimónia perante os limites da disciplina	Ser significativo para a disciplina, para o teórico e para a humanidade
Avaliação	Validade, fidedignidade, criticismo, provas de evidência	Descrição, análise, provas de evidência, experiências teóricas
Critérios de análise	Validade e confiança nos conceitos	
Critérios de aferição	Operacionalidade da pesquisa, evidências empíricas, métodos estatísticos, fundamentação	Estrutura social, valores, compreensão, utilidade, intuição, coerência, compreensivo, suporte a partir de experiência, diversidade de exemplos
Validade	Universalidade, replicável	
Normas	Padrões preservados no tempo, normas universais e ordenadas	Contextual, reflexivo
Tempo	Período definido, transcende o tempo	Tempo e historicidade inerente
Abordagem	Análise de resultados, não dependente do contexto	Reflexão, análise, contexto histórico e estrutural
Linguagem	Evidência, generalização, replicável	Compreensão, intersubjetividade, consistência, consenso
Objetivos	Probabilidade, prescrição	Padrões, identificação, libertação, mudança, tomada de consciência
Divulgação	Comunidade académica	Pessoas e políticos de referência

Fonte: Adaptado de Meleis (2005)

Na sua totalidade eles não correspondem a nenhuma filosofia específica. O modelo (1) evoluiu a partir de uma tradição de pesquisa, e qualquer que ela seja é empírica e/ou neopositivista, o modelo (2) evoluiu a partir de uma tradição feminista, interpretativa ou de uma teoria crítica. Mas na sua totalidade eles satisfazem as necessidades de desenvolvimento do conhecimento necessário à prestação de cuidados. A premissa pela qual são reconhecidos os dois modelos é que ambos são equitativamente essenciais para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. A sua utilização pode dar suporte a um padrão de conhecimento e compreensão necessário à enfermagem.

No quadro 7 podemos observar que um dos modelos se organiza em função dos aspetos mensuráveis e o outro em função dos interpretativos. Qualquer um é indissociável do outro, porque apesar dos bons resultados clínicos estarem dependentes das habilidades do clínico para interpretar a situação clínica, o conhecimento das probabilidades de sucesso de uma dada intervenção, representa um indicador de confiança, ou um ponto de partida para uma decisão informada e consensual.

Observados os modelos sob os mesmos critérios, as duas orientações são na generalidade diferenciadas. Contudo no âmbito da prática de cuidados de saúde e particularmente no campo da enfermagem elas são úteis por contribuírem cada uma delas, com abrangência e capacidade para informar a outra. Uma vez que os cuidados de enfermagem são resultado de uma encruzilhada de vários aspetos a considerar, que exigem previsão, antecipação, compreensão e aceitação.

Logo necessitam de um desenvolvimento do conhecimento que concilia a pesquisa de regras generalizáveis e estratégias analíticas com a referência aos factos, ligados a um sistema de valores e sujeita a estratégias interpretativas (Cabral, 2006). A enfermagem assume um novo entendimento sobre esta articulação não apenas por razões epistemológicas e metodológicas, mas também por razões ontológicas e clínicas. Este entendimento representa um recurso, de natureza ética para lidar com a diferença e com a pluralidade.

Os pressupostos metodológicos guiam a formalização do desenvolvimento do conhecimento científico que é expresso num processo de teorização. Na tese epistemológica em que nos

situamos³⁸ o núcleo da teorização está na interação entre o investigador e os dados, a partir da qual são feitas induções e³⁹ deduções.

Teorizar é uma atividade complexa e o seu objetivo é desenvolver teorias úteis. A própria palavra remete para um processo de longa duração. É um processo de construção, a partir dos dados, de um esquema explicativo que integra sistematicamente vários conceitos por meio de declarações de relações. O mesmo é dizer que teorizar implica conceber conceitos e formular esses conceitos num esquema lógico, sistemático e explicativo. É uma atividade que, enquanto processo de formalização do conhecimento, “proporciona novos insights que dão sentido às reflexões obscuras e aos problemas complicados. No processo de teorização os fenómenos e as relações entre eles tornam-se evidentes” (Charmaz, 2009, p.176) e as ideias ajustam-se.

Uma teoria para além de gerar entendimento pode permitir a explicação e a previsão de factos, e assim dar diretrizes para a ação; pode também ser definida como um conjunto de categorias bem desenvolvidas, que são sistematicamente inter-relacionadas através de declarações de relação; e também pode formar uma estrutura teórica que explique o fenómeno estudado (Strauss & Corbin, 2009). Na teoria as declarações de relação ou proposições explicam quem, o quê, quando, onde, porquê e como os fenómenos acontecem. Para a teoria ter poder explicativo ou preventivo é preciso que haja relações entre dois ou mais conceitos.

O processo de teorização pode ser pensado em função de diferentes padrões, tais como: clínico, concetual e empírico. Cada um destes tem formas diferentes de desenvolvimento, como mostra o quadro 8.

³⁸ Referimo-nos a uma das três abordagens do desenvolvimento do conhecimento na qual o sujeito interage com o objeto em estudo

³⁹ A indução refere-se a qualquer processo de pensamento que infere uma conclusão que aumenta a informação semântica das suas observações iniciais ou premissas. A dedução não aumenta a informação semântica, mas torna explícito o que já estava implícito nas premissas do argumento (Johnson-Laird, 1993).

Quadro 8 Padrões de teorização

Componente	Clínica	Conceptual	Empírica
Fenómeno	Descoberto	Descoberto	Criado
Conceitos	Emergem a partir do fenômeno	Utilizados de acordo com a teoria ou redefinidos	Podem ser utilizados, redefinidos, ou alterados devido à investigação
Proposições	As ligações entre os conceitos evoluem a partir da experiência	Propriedades teóricas evoluem com o processo de teorização	Deduzido a partir da teoria
Teoria	Descritiva/explanatória; prescritiva	Descritiva; explanatória	Descritiva; preditiva
Objetivo	Explicar; Prescrever; Desenvolver teoria Prática clínica	Explicar Desenvolver teoria	Explicar Desenvolver teoria Investigar
Abordagem	Experiência clínica	Conceptualização	Testes de avaliação
Avaliação	Guiada pela situação clínica	Guiada pela teoria	Guiada pela pesquisa

Fonte: Adaptado de Meleis (2005)

Mas as teorias de enfermagem não dependem apenas de uma fonte ou perspectiva. Podem ser definidas a partir de três padrões de formulações teóricas, que não são totalmente distintos nem mutuamente exclusivos. A ênfase sobre as diferenças não exclui a teorização híbrida, que é desenvolvida a partir do conhecimento, que emana de uma ou de todas as fontes. Independentemente do padrão que prevalece no processo de teorização é a compreensão, enquanto detentora de um conjunto de propriedades, que possibilita o modo de aceder ao fenômeno, orientando metodologicamente o processo de recolha e interpretação da informação (Meleis, 2005).

Etimologicamente, compreender significa unir, apreender, “apoderar-se de”; implica “alcançar com o pensamento”. Interpretar é um processo que tem em vista a resolução ou decisão sobre um determinado sentido; ser intérprete é também traduzir, esclarecer. Muito frequentemente, compreensão e interpretação são processos encarados, grosso modo, como sinónimos, com a lógica de “recriar o/um sentido de algo”, mas a noção de compreensão é intrínseca à de interpretação.

A compreensão é um modo particular de conhecimento, cujo processo é delimitado pela natureza da relação entre o sujeito e o objeto. Na nossa perspectiva compreender implica

uma transformação do sujeito pela via da relação, o que significa que sujeito e objeto mantêm a sua existência objetiva e real e ao mesmo tempo atuam um sobre o outro. Esta dinâmica é expressa por uma interação sujeito-objeto e acontece no enquadramento da prática clínica para apreender o objeto na e pela sua realização. Aquele que interpreta e o que é interpretado são centrais no processo (Flick, 2005).

A metodologia compreensiva desempenha um papel central na abordagem interpretativa. A compreensão inclui interpretação, mas precede-a. E exige uma validação sistemática das interpretações, o que possibilita uma descentração do ponto de vista do próprio e viabiliza a crítica. A compreensão das ações humanas passa por descobrir os motivos não expressos de uma ação. Procura a inteligibilidade das práticas.

O comportamento humano assume-se como auto referente (Morin, 1990). Interpretar é fazer emergir, através da linguagem ou da observação, um mundo oculto. Significa compreender a vida a partir da própria vida, fazendo justiça à totalidade da experiência humana. Significa interpretar as respostas de outro ser humano. Respostas baseadas nos sentimentos, ideias, escolhas e objetivos, na forma como experienciam as situações, como expressam os seus próprios significados e compreensão das situações, através das suas próprias palavras.

A compreensão tem um carácter universal, porque toda a interpretação se realiza na linguagem, nas suas diferentes formas de comunicação. Meleis (2005) referencia as leis da compreensão apresentadas por Jaspers (2003) que postulam:

- a compreensão empírica é uma interpretação. Os dados fornecem o estímulo para a interpretação e logo a interpretação não é absoluta, mas é tema para outras interpretações, que podem ser teóricas;
- a compreensão abre-se a interpretações ilimitadas, por isso deve ser associada a objetivos para poder ser validada ou refutada;
- a compreensão gera-se num processo em espiral e desenvolve-se no sentido das partes para o todo contextualizado;
- os opostos são igualmente significativos, a mesma evidência pode ser interpretada em dois sentidos opostos;
- a compreensão é inconclusiva, nem todos os sentimentos, significados e valores podem ser expressos em formas compreensivas e nem todas as interpretações são partilhadas de bom grado; a compreensão precisa de ser ilustrada e exposta.

A compreensão orienta-se por não fixar limites às condições experimentais de observação e move-se por esse princípio, numa forma de acesso livre à realidade (Habermas, 1996), o que permite criar ligações e chegar a um nível de reconhecimento, que pode ir além da percepção e do conhecimento. O grau de compreensão, no qual nos queremos envolver, depende de quão extensa é a compreensão que queremos e do significado que lhe atribuímos. Através dela é possível encontrar evidências, reconhecer nas pessoas seres sociais e dialógicos, com cultura, linguagem, competências e experiências que criam e partilham compreensões.

Para que esta dinâmica seja ilustrada e exposta e possamos passar da compreensão ao conhecimento importa considerar três aspetos: a estrutura daquilo que queremos compreender i.e., os atributos e as relações entre as partes de algo que se mostra complexo; o objetivo da estrutura; e os argumentos que suportam que a estrutura vai ao encontro do objetivo. Primeiro a estrutura daquilo que deve ser compreendido deve ser demonstrada, fazendo uma descrição completa dos conceitos enquanto elementos da estrutura, e a relação que se delineou entre eles e que dá forma à estrutura. Compreender implica conhecer os objetivos, porque eles delimitam a estrutura, uma vez que a compreensão se abre a interpretações ilimitadas. O terceiro aspeto da compreensão inclui a apresentação de outros dados do conhecimento que justificam a relação entre estrutura e objetivo (Baron, 2007).

1.2 - MÉTODO DA TEORIA FUNDAMENTADA

O método estrutura uma lógica que pode ser identificada como um órgão ao serviço da constituição da ciência e, portanto, propedêutica à ciência. Assim sendo do método pode depender o sucesso/insucesso, a verdade ou a transparência do processo de pesquisa.

Um método, no âmbito do desenvolvimento científico, fornece os meios para transformar as ideias retiradas das realidades observadas e descritas, sob a forma de dados. Na investigação qualitativa o método permite compreender o objeto de análise da pesquisa, porque nos dá ferramentas para intensificar a percepção do investigador. Mas o método só por si não gera pesquisa com qualidade.

A escolha do método da teoria fundamentada resultou de considerações preliminares, como ser adequado à compreensão de fenómenos não conhecidos ou carecidos de novas abordagens; ser um modo de conceptualizar práticas de enfermagem; um modo de investigação de campo, que explora e descreve fenómenos em ambientes naturais; aceitar a não neutralidade do investigador; fazer parte do elenco de metodologias que sustenta a pesquisa em enfermagem (Lopes, 2003; Mills et al., 2006). E também porque este se focaliza na conceção de esquemas conceptuais de teorias, através de uma análise indutiva a partir dos dados.

Este método foi desenvolvido a partir de uma posição filosófica, uma lógica específica, e um conjunto de estratégias que são flexíveis (Charmaz, 2009). As assunções ontológicas que o suportam reconhecem a natureza do problema em estudo, e enquadram-se tanto nos pressupostos metodológicos como na metodologia compreensiva para teorizar sobre um problema. Neste estudo o problema sobre o qual nos vamos debruçar é de natureza processual e concreta (e.g. o problema é circunscrito a um tempo e a um espaço).

Os mentores do “método da teoria fundamentada” sociólogos de formação adotaram como referenciais teóricos as correntes do interacionismo simbólico e do pragmatismo. Referenciais estes que foram estratégicos para a criação do método (Lopes, 2003; Lillemor & Hallberg, 2006; Strauss & Corbin, 2009; Charmaz, 2009):

- Integrar o campo de pesquisa para descobrir o que efetivamente acontece nele.
- Qualquer teoria tem de ser baseada nos dados para o desenvolvimento de uma disciplina que tem como base ações, aparentemente sociais.
- Aceitar a complexidade e a variabilidade dos fenómenos e das ações humanas.
- Acreditar que as pessoas são atores que assumem um papel ativo para responder a situações problemáticas.
- As pessoas em interação agem com base nos significados.
- Um significado é definido e redefinido através da interação.
- Ter sensibilidade para a natureza processual dos factos.
- Ter consciência das inter-relações entre o contexto, as ações e as suas consequências.

Com base nestes referenciais o “método da teoria fundamentada” conduz à descoberta de conceitos e proposições⁴⁰ derivados de dados, que são sistematicamente⁴¹ reunidos e analisados. O método distingue-se pelos procedimentos analíticos que elege. A codificação, a comparação constante dos dados, associada a uma amostra teórica.

O processo de codificação é desenvolvido por um conjunto de operações de análise e de síntese, nomeadas como codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva (Strauss & Corbin, 2009). A codificação aberta tem como foco segmentar o texto para descobrir categorias e codificá-las. A segmentação ou fratura dos dados, primeiro nível de abstração, é feita através de uma microanálise sobre os dados, numa interação íntima entre o investigador e os dados recolhidos, com a presença dos objetivos do estudo. Uma vez interpretados os segmentos fraturados são codificados. Os códigos definem os significados que o investigador vê nos dados.

A codificação axial agrupa os dados codificados em categorias para formar conceitos com densidade relevante. O eixo é definido em função da relação entre as categorias e as suas subcategorias. Nesta fase do processo é ainda possível, se necessário, desenvolver melhor as categorias em termos das suas propriedades e dimensões e.g. densificá-las. A

⁴⁰ As proposições são, neste contexto de pesquisa, entendidas como postulados que determinam relações entre conceitos.

⁴¹ A recolha de dados é definida, pelo seu carácter de recolha orientada, repetida e com a preocupação de obter dados fiáveis (Roegiers, 1999)

codificação seletiva num terceiro nível de abstração é uma característica definidora da última fase. E traduz-se num processo de integração e refinamento da teoria. Ela é feita à volta de uma categoria que tem poder explicativo de todas as outras. Cada uma destas fases corresponde a uma procura de significado dos dados sob níveis diferentes de abstração (Lopes, 2006).

Neste processo de análise as comparações constantes integram cada uma das etapas da codificação, mas elas são uma parte do conjunto de instrumentos analíticos que procuram aumentar a sensibilidade do investigador aos dados. Pensamos que os dados devem ser submetidos a outros instrumentos analíticos, para os tornar menos vulneráveis à influência do subjetivismo.

O primeiro instrumento que deve ser tido em consideração é o questionamento dos dados. Formular perguntas, não para gerar dados, mas para gerar ideias ou formas de olhar para os dados. Há diferentes tipos de perguntas que têm características mundanas. Algumas podem ser de fácil resposta, outras exigem atividades complexas para responder. Há perguntas que são boas e outras que não o são, e não é fácil responder o que as distingue.

As boas são, por princípio, inspiradas pelo conhecimento relevante no domínio da pesquisa, e pela sensibilidade do investigador para aquilo que os dados estão revelando. A pergunta também pode ser bem formulada, mas mal respondida. Há perguntas que são adequadas ao primeiro tempo da análise, por exemplo: quais são as propriedades desta dimensão? Outras que são adequadas ao segundo tempo da análise, por exemplo como é que se relacionam os dados que estão sob análise.

Sobre elas há ainda a considerar a natureza das diferentes perguntas. Há aquelas que são substanciais, por exemplo como começa o processo de cuidados numa unidade de internamento, há outras que são teóricas, por exemplo quais são os princípios que apoiam as decisões clínicas. Quando assim é o investigador tem de ir olhar microscopicamente para os dados. É importante que, desde logo, o investigador vá à procura da resposta, porque saber se a pergunta foi boa ou não depende da pesquisa em si e da experiência do investigador. As boas perguntas são aquelas que orientam para o desenvolvimento da teoria

Um segundo instrumento analítico que utilizámos é a microanálise. E este apoia a análise que é feita palavra a palavra, frase a frase ou parágrafo a parágrafo. Fazer análise de uma palavra implica procurar todos os possíveis significados da mesma, no enquadramento do corpus em análise. É um instrumento que se revela muito importante na fase inicial de abertura ou segmentação dos dados (codificação aberta) mas não se limita a esta fase.

O terceiro instrumento são as comparações e que se definem como uma característica definidora do método da teoria fundamentada. Para Strauss & Corbin (2008) as comparações são essenciais para identificar categorias⁴² e as desenvolver. Estes autores reconhecem dois tipos de comparações teóricas.

Pode haver comparação incidente por incidente, ou objeto por objeto. Comparações com recurso a técnica flip-flop e a comparação sistemática de dois ou mais fenómenos. A primeira explora os conceitos por aproximação e afastamento para reconhecer a relevância do conceito no contexto em que ele se insere. A segunda tem como objetivo sensibilizar o investigador para as propriedades e as dimensões nos dados, que podem ter sido negligenciados porque o investigador ainda não sabia o que procurava.

O objetivo das primeiras comparações é procurar similaridades e diferenças entre as propriedades de cada objeto para as categorizar. Aquelas que envolvem já a comparação de categorias (conceitos abstratos) são reconhecidas como comparações teóricas. Pode dizer-se que as comparações teóricas têm os mesmos fins que as comparações que são feitas no dia-a-dia de cada pessoa.

Elas são um recurso quando as propriedades e dimensões não são evidentes para o investigador. Mas Strauss & Corbin (2009) enfatizam que as respostas às perguntas e as comparações teóricas não podem ser usadas como dados. Elas são usadas como operações básicas para ajudar a interpretar os dados em análise. Os autores citados salientam que as comparações ao nível das propriedades e dimensões, garantem uma forma de conhecer ou de entender o mundo que rodeia os informantes. E explicam que as pessoas não

⁴² Categorias são conceitos derivados dos dados, que representam os fenómenos. E os fenómenos são ideias analíticas importantes que emergem dos dados (Strauss e Corbin,2009 p, 114).

inventam um mundo novo a cada dia. Pelo contrário, elas baseiam-se no que sabem, para experimentar e para entender o que não sabem.

As pessoas tomam como referência as propriedades de um objeto e comparam com as propriedades de outro. E desta forma percebem as similaridades e as diferenças em cada um deles, definindo assim os próprios objetos. Recomendam ainda que a sua utilização seja feita num equilíbrio entre objetividade e sensibilidade. A objetividade é necessária para obter uma interpretação imparcial e precisa dos factos analisados, muito embora a imparcialidade não possa ser absoluta dada a natureza do ser humano (Oliva, 2002). A sensibilidade é precisa para compreender a subtilidade dos significados dos dados e identificar as ligações entre os conceitos.

O método reúne um conjunto de atributos externos ao investigador e ao processo de pesquisa, que lhe conferem rigor e objetividade. A comparação constante permite validar a qualidade dos dados recolhidos e reduzir a subjetividade, embora não possam ser excluídos desvios interpretativos. Esta forma de comparar constituiu um instrumento analítico, para preservar a fidedignidade dos dados à fonte. Condição de enorme relevância porque nos critérios de verdade em que nos inscrevemos, o rigor combina com a intuição.

Um outro atributo do método da teoria fundamentada é a saturação teórica e/ou suficiência teórica⁴³ que valida a qualidade e densidade dos conceitos, classificada por Charmaz, (2009) como procedimento central no método. O investigador toma como amostra factos e incidentes e não pessoas em si mesmo (Strauss & Corbin, 2009). Os dados recolhidos de forma indutiva são cumulativos, em função do desenvolvimento da amostra que é desenvolvida durante o processo de análise.

Esta é uma forma de amostragem que permite ao investigador escolher o percurso da amostra, de forma a obter um maior suporte teórico. O objetivo é maximizar as oportunidades para comparar ações ou interações, para reconhecer o modo como cada

⁴³ O termo saturação é incongruente com um procedimento que “interrompe bruscamente a codificação de todos os dados” (Charmaz, 2009 p.158) e por isso a autora citada optou pelo termo suficiência teórica.

categoria se diferencia, em função das suas propriedades e dimensões; mas também para enriquecer e controlar o processo de seleção de dados para gerar uma teoria.

Logo que o investigador tenha algumas categorias emergentes e repetidamente encontradas, a amostragem é focalizada no desenvolvimento, densificação e na saturação teórica dessas categorias (Charmaz, 2009). Mas até lá, e para que tal aconteça o investigador não deve deixar de estar aberto a todas as possibilidades, até que seja descoberto um conceito que tenha relevância teórica.

Este é um dos objetivos da amostragem teórica no método da teoria fundamentada e.g., a obtenção de dados para ajudar o investigador a explicar as suas categorias. Mas também é ela que orienta o investigador para a densificação dos conceitos já descobertos e não para uma procura incessante de novos dados (Charmaz, 2009). A amostragem teórica difere da amostragem inicial porque a teórica elege o campo de pesquisa, em função dos informantes que são facilitadores de matéria relevante para o processo de pesquisa.

1.2.1 CAMPO DE PESQUISA PARA AMOSTRAGEM

Os pressupostos que serviram de referência ao método da teoria fundamentada expressam a necessidade de sair para o campo de pesquisa para descobrir o que efetivamente acontece nele, e por aceitar que a prática de cuidados é em si mesmo um modo de se obter conhecimento (Benner et al., 2011). Só no contexto das situações de cuidados reais é possível perceber os limites das regras formais e chamar a atenção para as decisões arbitrárias.

Também observámos que um conjunto de estudos que se debruçaram sobre os processos e tomada de decisão clínica privilegiaram o ambiente naturalista para a recolha de dados da pesquisa (Hedberg & Larsson, 2003, 2004; Aitken, 2003; Bucknall, 2003; Simmons, 2003; Kennedy, 2004; Manias et al., 2004; Hagbaghery et al., 2004; Curray et al., 2006; Johansson, Pilhammar & Willman, 2009; Ramezanid-Badr et al., 2009; Dowding et al., 2009; Lundgrén-Laine et al., 2009; Elliot, 2010; Fossum et al., 2010; Traynor, Boland & Bus, 2010; Cook, 2011).

Após ponderação elegemos, entre as possíveis unidades, a unidade de cuidados cirúrgicos como campo de pesquisa, pela conjugação de um conjunto de características: a natureza dos cuidados que são prestados; a competência dos enfermeiros no processo do desenvolvimento dos cuidados; a competência do investigador para observar o processo; a natureza das relações interpessoais no seio da equipa, e ainda o facto dos enfermeiros terem aceite o desafio de serem informantes no processo de pesquisa.

A natureza e a qualidade dos cuidados, só por si, indiciavam ter dados epistemologicamente densos e instrutivos. Os enfermeiros cuidam de pessoas com situações de diferentes níveis de complexidade, e a literatura informa-nos que a complexidade das situações interfere no modo como os cuidados são pensados e realizados. Neste sentido poder-se-ia perguntar porque não optámos por uma unidade de cuidados intensivos, onde a complexidade pode ser ainda mais expressiva? Porque a perícia uma vez adquirida não depende da magnitude com que a complexidade se apresenta (Benner et al., 2011).

Uma outra razão para a escolha desta unidade relaciona-se com o investigador. O facto de a unidade de cuidados ser conhecida do investigador, porque aí exerceu atividade clínica durante um período de oito anos. O investigador conhece e é conhecido por toda a equipa, tem com ela boas relações de simpatia, confiança e sabe reconhecer situações complexas de cuidados.

A importância deste reconhecimento, aparentemente menor, não o é. A experiência profissional é uma potencial fonte, entre outras, de sensibilidade para dar significado aos dados clínicos. E o mundo clínico organiza-se e comunica numa linguagem específica, que é de natureza contextual, e que só é reconhecida nos saberes da ação. Significa que é preciso saber identificar, para além das ações registadas, palavras de um léxico particular.

Uma outra ainda relacionada com a natureza das relações interpessoais que nele ocorrem. Tem uma cultura organizacional que enfatiza as relações interpessoais e o crescimento que delas resulta. E uma gestão que é centrada no desenvolvimento de cada enfermeiro, nos processos de construção e organização pessoal, que potenciam a sua forma de agir como pessoas integradas no seu ambiente de trabalho. Com isto não queremos dizer que não haja conflitos, eles são endémicos às organizações, mas também há capacidade de diálogo e de negociação para os ultrapassar.

É por isso um ambiente de crescimento intelectual, pelo diálogo das ideias, informações e cooperação entre os seus pares. É um campo clínico que é promotor de relações de confiança, envolvimento, cumplicidade e respeito mútuo, entre os enfermeiros e os diferentes profissionais que ali exercem a sua atividade clínica.

Foi neste campo que foi feita a recolha dos dados e que se definiu a amostra de natureza teórica. Os quinze (15) informantes que aceitaram participar na pesquisa todos têm formação superior avançada. Destes sete (7) têm pós-graduações na área da saúde, quatro (4) têm o curso e título de especialista na área de enfermagem e três (3) têm o grau de mestre com cursos na área da saúde e apenas um (1) tem a licenciatura.

Ao nível do tempo de experiência profissional todos os enfermeiros têm uma longa experiência clínica na área. Três enfermeiros têm 9 anos de atividade clínica; dois enfermeiros têm 10 anos; três com 11 anos; dois com 14 anos; um com 15 anos; dois com 20 anos, um com 21 anos e um com 23 anos de exercício clínico na profissão de enfermagem.

1.2.2 QUESTÕES ÉTICAS NA PESQUISA

O acesso ao campo foi facilitado pelas relações de confiança e respeito mútuo entre o investigador e a direção da unidade de cuidados, mas não dispensaram a formalização do pedido às respetivas entidades responsáveis. Ao conselho de administração do hospital, ao diretor de serviço que solicitou o parecer do enfermeiro chefe (apêndice 1).

Uma vez autorizado pelas entidades responsáveis o pedido de colaboração dos enfermeiros que aceitaram ser informantes no estudo foi formalizado com um documento, que descreve sumariamente a problemática que motivou a pesquisa e os objetivos do estudo. Antes de iniciarmos a observação com os respetivos registos pedimos que assinassem o documento que previamente lhes tinha sido entregue. Neste documento também fizemos registo do compromisso pelo respeito dos princípios éticos (apêndice 2).

O pedido das narrativas escritas aos enfermeiros, anterior à entrada no campo clínico, foi feito por contacto pessoal e direto a cada um dos que aceitaram colaborar na pesquisa. O respeito pelos princípios éticos foi facilitado pela receptividade, envolvimento e disponibilidade de todos aqueles que aceitaram ser informantes no estudo.

1.3- RECOLHA DE DADOS

Independentemente do instrumento de recolha a ser utilizado ele deve estar sempre subordinado ao objetivo procurado. Os dados recolhidos surgem do contacto direto com a realidade empírica. A qualidade e a credibilidade da pesquisa começam nos dados recolhidos. Para assegurar este propósito decidimos elaborar uma estratégia de recolha de dados que conjuga três instrumentos. A associação de instrumentos de recolha de dados pode potenciar a qualidade da pesquisa, uma vez que permite usar várias lentes para ter diferentes perspetivas da mesma realidade.

Foram usados como instrumentos de recolha a narrativa escrita, a observação com registo em notas de campo e as entrevistas. Num primeiro tempo procedemos à recolha através de narrativas escritas e com objetivos heurísticos⁴⁴. Num segundo tempo a observação em contexto de cuidados com as respetivas notas e num terceiro as entrevistas que exploraram as razões das ações e interações que foram previamente observadas e descritas.

A opção pela narrativa escrita teve como pressuposto que os enfermeiros já têm uma prática de narrativa, oral e escrita, desenvolvida nas reuniões que têm com os seus pares e nos registos escritos, que fazem em cada oito horas de atividade clínica. E estes podem ser mais ou menos detalhados, em função da situação dos doentes e das questões colocadas pelos pares.

As narrativas são enquadradas por Charmaz (2009) na categoria de textos extraídos. Elas são úteis para revelar conceitos, emoções e preocupações de quem as escreve e se retracta na escrita narrativa. Os informantes têm oportunidade de pensar porque cada palavra tem o seu próprio ritmo e deve ser refletido antes de ser registado. As palavras tornam-se instrumentos para a formação de abstrações e generalizações e permitem a transição de reflexos sensoriais imediatos (não mediados) para o pensamento mediado (Vygotsky & Luria, 1996).

⁴⁴ A função heurística é invocada quando a atividade é orientada para a descoberta de conceitos, ainda que discretos.

De acordo com a literatura de natureza metodológica a narrativa pode ser usada no âmbito de um conjunto de instrumentos combinados. Porque ela nos dota de um entendimento da realidade em causa a partir de uma abordagem a um pequeno grupo de informantes (Lira, Catrib & Nations, 2003). Insere-se no conjunto de técnicas, que conseguem incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes à ação, às relações, às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas como construções humanas (Lira, Catrib & Nations, 2003).

As narrativas, como estratégias, são um meio para o homem, dotado de linguagem e pensamento, interagir entre o seu mundo mental e o mundo externo, num processo dialético e dinâmico. O funcionamento cognitivo de natureza narrativa retrace a maneira pela qual as intenções humanas se comportam nas mais variadas situações (Bruner, 2009).

Uma revisão da literatura, realizada por Lieblich et al., (1998) numa amostra de 2011 trabalhos científicos, evidenciou que as investigações que fazem uso da narrativa como método se enquadram nos estudos em que a narrativa é usada para a investigação de qualquer questão de pesquisa, seja num estudo piloto ou em combinação com outros métodos; estudos em que é investigada a própria narrativa, estudos sobre uma filosofia da linguagem e a metodologia das abordagens qualitativas (Lira, Catrib & Nations, 2003).

Elas têm sido usadas, segundo Riessman (2001) como técnica de recolha de dados, sobretudo pelos investigadores das ciências humanas, mas também por aqueles que estudam profissões em particular a medicina (Charon, 1986; Greenhalgh & Hurwitz, 1998; Hunter, 1991; Kleinman, 1988), a enfermagem (Sandelowski, 1991), a terapia ocupacional (Mattingly, 1998) e trabalho social (Dean, 1995; Laird, 1998).

A observação direta do comportamento dos enfermeiros foi um instrumento complementar às narrativas escritas. A observação tem a propriedade de colocar o investigador no confronto direto com aquilo que os enfermeiros fazem e dizem em tempo real, momento a momento. A observação foi dirigida às ações, às interações, às palavras usadas, às conversas, às circunstâncias das ações e das interações, mas também foi dirigida ao tempo, ao modo como elas aconteceram e onde aconteceram.

O recurso à observação como instrumento não foi imune a dificuldades. Porque ser um bom observador significa ser capaz de se usar a si próprio para registar os detalhes da ação e

interação; significa saber usar o ouvido, o olho, o olfato, o tato e o silêncio. Porque os significados, que decorrem das ações humanas, são criados, questionados e modificados no desenvolvimento das práticas de cuidado dos enfermeiros. Mas ser bom observador não depende apenas do objeto de observação, uma vez que todo o observador é influenciado pelos seus instrumentos conceptuais.

De igual modo a descrição do observado sem qualquer interpretação e.g. juízos de facto ou de valor também não foi tarefa fácil. Existe ainda uma outra dificuldade que advém do facto das pessoas, que são observadas, poderem deixar de agir com normalidade, comprometendo com isso a fidelidade dos dados observados.

Não sendo fácil, só assim pode ser reconhecido como dado de investigação, ao invés de clínico. O investigador e o clínico podem focar a sua atenção no mesmo objeto, mas no caso do investigador a observação é orientada para descobrir relações no interior de um sistema de conhecimentos coerente; no caso do clínico a observação é usada para acumular os dados e informações necessárias para avaliar e decidir (Roegiers, 1999).

Num ambiente naturalista presume-se que o conhecimento pode ser maximizado, quando há um contacto com as ideias e interpretações daqueles que realizaram as ações e interações que foram observadas (Politt et al., 2005). As entrevistas podem ser reconhecidas como intensivas (Charmaz, 2009) proporcionam uma descrição detalhada sobre uma questão em particular, com uma pessoa que tenha tido experiências relevantes.

O investigador pede ao entrevistado para refletir e descrever as suas experiências. E a sua função é escutar, ouvir com sensibilidade e estimular a pessoa a responder. Enquanto a entrevista acontece, de forma a atingir o objetivo a que se propõe, o investigador dispõe de um conjunto de prerrogativas de conversação. Ele pode pedir maior detalhe para obter informações precisas, pode pedir que volte a um ponto anterior, questionar o entrevistado sobre as suas ideias, sentimentos e ações, entre outras (Flick,2005).

1.3.1 ESTRATÉGIAS DE RECOLHA DE DADOS

Para obtermos as narrativas escritas pedimos aos enfermeiros que descrevessem uma situação de cuidados por eles vivenciada. Os termos usados não foram intencionalmente dirigidos à descrição do pensamento clínico, nem “como pensam os cuidados”, ou ainda “o que significa pensar como enfermeiro” porque sabemos por observação empírica e científica que os enfermeiros têm dificuldade em identificar a estrutura e os conhecimentos dos seus saberes (Itano 1989; Carnevali & Thomas, 1993; Gaul, 1994; Simmons, 2001; Etheridge, 2007), o que não significa que eles não usem diferentes conceitos subjacentes às práticas de cuidar (Watson, 2002).

Quanto à observação, as estratégias foram de outra natureza. Num primeiro tempo e sob uma observação livre fizemos uma visita à unidade de cuidados com o objetivo de contactar a equipa de enfermagem e criar alguma familiaridade com as/os potenciais informantes. A visita foi acompanhada por um dos enfermeiros da equipa que gentilmente se ofereceu como anfitrião. Num segundo tempo, a necessidade de recolher informação exigiu, pela sua natureza, criar proximidade física, com grande descrição, mas também proximidade afetiva e intelectual.

Por nossa opção e do enfermeiro chefe, que nos informou sobre a dificuldade em reunir toda a equipa conforme planeado, decidimos acompanhar algumas das passagens de turno, ou seja a passagem da informação referente às situações de cuidados dos doentes. As estratégias foram iniciadas com a equipa de uma das duas alas da unidade de cuidados, porque era nesta equipa que estava presente o enfermeiro chefe, que foi informando os enfermeiros sobre o motivo da presença do investigador.

Nestes encontros, para além de criar proximidade com os enfermeiros e ser aceite como elemento não perturbador, procurámos compreender a dinâmica das relações interpessoais, entre pares, uma vez que existe uma correlação positiva entre o relacionamento interpessoal da equipa e a complexidade na apresentação dos problemas (Bucknall, 2003).

Foram encontros, com um número elevado de elementos da equipa, onde pudemos observar comentários clínicos, a leitura das notas de evolução, momentos de regozijo com sucessos

terapêuticos, desabafos de mal-estar em situações de natureza contextual, para além de momentos de sociabilidade entre os pares. A postura nestes encontros foi, intencionalmente de silêncio, interrompida apenas por motivos de cordialidade. Este silêncio foi útil para o investigador poder validar a sua capacidade de o fazer, e também por permitir compreender, que uma vez sentado num cadeirão perto da mesa onde os enfermeiros reuniam para passar toda a informação sobre os seus doentes, foi ignorada no decorrer deste processo.

As presenças nestes encontros não foram em dias consecutivos e ocorreram durante o mês de outubro de 2009. Esta decisão foi tomada para nos permitir acomodar à realidade observada, não nos ofuscarmos com ela e não pecarmos por encantamento ou diabolização sobre o que é ou não é dito. Considerando que a nossa mente tem tendência para confabular, ou como diria Piaget, o nosso espírito evidencia uma tendência natural para modificar o real.

Apesar do processo de pesquisa envolver um método de objetivação, não podemos negar a necessária relação com os informantes nem o carácter de não neutralidade neste processo. Por estes motivos optámos por criar condições, expressas por um afastamento intercalado do campo clínico, para uma descentração intelectual. O tempo permitiu-nos adaptar à nova realidade e dessa forma ela se tornou perceptível e inteligível.

Depois de algumas presenças nestas reuniões, e de auscultar o enfermeiro chefe considerámos que estavam reunidas as condições para passar à fase seguinte, ou seja, à recolha de dados sistematizada, uma vez que não era reconhecido como elemento perturbador do normal desenvolvimento das passagens de turno. Muito embora ainda não fosse claro qual era o melhor lugar para um investigador que quer focalizar a sua observação sobre os comportamentos de cuidar, numa atitude de discrição, mas com um posicionamento móvel.

Decidimos, com acordo do enfermeiro chefe, que seria mais indicado fazer observação das práticas de cuidado na unidade de cuidados cirúrgicos intermédios, dimensionada para cinco doentes. A unidade é ocupada, por norma, com pessoas em período pós-cirúrgico imediato. Funciona com uma equipa de enfermeiros que ali permanecem, por decisão do enfermeiro chefe, cerca de um ano a ano e meio.

Reiniciámos no mês de novembro o processo de aproximação, com os mesmos objetivos.

Esta aproximação foi facilitada porque previamente foi entregue à equipa um documento por nós redigido que apresentava a problemática, a pertinência, as questões orientadoras e objetivos do estudo. Em consequência da primeira aproximação à restante equipa e desta nova abordagem, a entrada neste campo já era esperada. Iniciámos, de novo, a presença silenciosa e atenta, agora sentada num ou noutra lugar que permitia uma visão global do que acontecia dentro da unidade.

Apesar da prévia aceitação dos enfermeiros, o registo escrito das notas de observação parecia ser intimidatório. Por isso tomámos como decisão divulgar aos próprios as notas de observação e isso sempre tranquilizava os enfermeiros. Para o investigador não deixou de ser relevante divulgar as notas, porque lhe permitiu a validação das mesmas com os informantes. Foram assim criadas as condições necessárias para a continuidade das novas observações.

Uma vez que o espaço o permitiu, o investigador ficou sentado num lugar que visualizava todos os doentes, e as ações e interações realizadas pelos enfermeiros no âmbito do processo de cuidados. A observação, num período de uma a três horas, foi reportada a cada situação de cuidados presenciada.

As notas das observações descrevem os comportamentos sobre a forma de gestos, palavras, conversas, ações e interações entre diferentes atores do processo de cuidados, sem qualquer análise ou interpretação. Sempre que a diversidade e a simultaneidade das interações aumentavam, também aumentava a incapacidade de o investigador fazer o registo escrito no momento da observação.

As entrevistas foram um método utilizado em sequência e consequência das notas de observação. Os enfermeiros, informados da importância de realizar as entrevistas, foram passo a passo e em função da sua disponibilidade criando espaços e tempos para realizarmos a entrevista.

Decisão que permitiu aos informantes um discurso fluente e comprometido com o processo de pesquisa. Informante e investigador estiveram sozinhos, sentados numa posição de um ângulo de 90° e apoiados numa secretária. Foi pedido autorização para fazer a gravação e

uma vez garantida a confidencialidade todos consentiram o uso de gravador durante as entrevistas.

No início de cada uma das entrevistas foi acordado que o investigador não daria qualquer opinião, sobre o dito, mas que podia pedir que explicasse melhor algum dos assuntos ou fizesse alguma questão relacionada com o que era dito. Antes de começarmos a entrevista, na sequência da definição e acordo das regras que iríamos seguir, demos início à primeira fase do processo de comparação dos dados recolhidos, confrontando-os com a própria fonte. Foi pedido a cada um dos informantes que lesse as notas de observação das suas ações e interações e dissesse se a descrição correspondia ao que tinha acontecido.

Uma vez lido o texto e confirmado (numa das situações foi reajustado de acordo com a fonte) foi-lhes pedido que falassem sobre a razão ou o motivo de terem realizado as ações que ali estavam descritas. No desenvolvimento da entrevista o investigador foi acenando com a cabeça afirmativamente, pontualmente usou a expressão “muito bem” como reforço positivo de aceitação e compreensão daquilo que ia sendo dito.

Quando assim não acontecia pedia para explicar com mais detalhe, ou reformulava aquilo que o enfermeiro dizia e perguntava se era aquilo que devia ser compreendido das suas palavras. No final das entrevistas, já sem gravação, investigador e enfermeiro conversaram sobre a importância das explicações que ali haviam sido dadas.

Considerando que o tempo dos dados clínicos que haviam sido recolhidos era já longo, no verão do ano 2018 decidimos voltar ao mesmo campo para de novo observar as ações e interações dos informantes. Agora o nosso objetivo não era densificar as categorias e os conceitos, mas procurar novos dados que anteriormente podiam não ter sido registados. Acompanhámos as práticas de dois enfermeiros durante um mês. A análise dos dados agora reunidos com dois novos informantes não gerou códigos novos, apenas confirmou a informação já organizada em conceitos.

1.4 CODIFICAÇÃO DOS DADOS

Codificar significa nomear segmentos de dados com uma denominação concisa, que ao mesmo tempo, categoriza, resume e representa uma parte dos dados. Os códigos denunciam a forma como os dados são selecionados, separados e classificados para serem objeto de uma interpretação analítica (Chamaz, 2009 p. 69).

1.4.1 PROCESSO DE CODIFICAÇÃO

A codificação aberta foi iniciada com os dados que foram recolhidos, através das narrativas escritas. Estas foram objeto de codificação manual, uma vez que o número de ações e interações em análise o permitia. Cada texto foi lido, num primeiro tempo, para a apreensão do conteúdo no seu todo. Logo de seguida o texto voltou a ser lido, mas já com o objetivo de criar linhas de fratura. O traço de fratura foi feito a partir do sentido percebido em pequenos segmentos do texto. Estas pequenas partes foram retiradas do texto e colocados num quadro, na primeira de três colunas (quadro 9).

QUADRO 9 Exemplo de codificação aberta

Narrativa fraturada	Unidade de significado (Códigos)	Memorandos
No final de um turno da tarde Foi admitida uma doente queimada, com uma queimadura solar de 1º e 2º graus em extensa área corporal.	Descreve quando ocorreu a situação Caracteriza através de: - género, -diagnóstico médico e - extensão da queimadura	Memo 1 O tempo de cuidados desta equipa é limitado Memo2 Faz referência a sinais que conduzem a uma previsibilidade da situação clínica

FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

Provisoriamente foram codificadas e foi-lhes atribuído um significado que foi registado na coluna central. Em paralelo numa terceira coluna fizemos o registo de ideias secundárias, designadas de “memorandos⁴⁵” e que estavam associadas ao contexto da ação.

Cada uma destas partes, à qual foi atribuído um significado (reconhecida como unidade de significado) foi posteriormente submetida a um procedimento de análise comparativa, entre a parte e o todo. O que nos permite dizer que o primeiro nível de codificação explorou os dados; este processo decorreu sem nunca perder de vista o texto, observando a semântica das frases e do texto no seu todo. Procurámos o sentido das palavras usadas e daquilo que lhes estava implícito ou mesmo explícito, mas incompleto e nem sempre na sequência esperada.

Na continuação do processo de análise dos textos, ainda no âmbito da codificação aberta, foi criado um suporte de informação. Nele reunimos todos os códigos, ou unidades de significado de forma ordenada para a comparação sistemática entre as narrativas (quadro 10). Cada uma das unidades de significado de cada texto foi reconhecida como provisória.

Com este suporte procedemos a comparações sucessivas, i.e., a análise da segunda narrativa foi comparada com a análise da primeira, e assim as análises foram sucessivamente comparadas entre si, e os códigos tornaram-se definitivos. Podemos, por isso, dizer que este processo de análise envolveu dois processos de comparação em simultâneo, um de comparação entre os textos, outro entre as unidades de significado e o próprio texto. O primeiro objetivou encontrar similaridades e diferenças e o segundo não desvirtuar o conteúdo do texto.

⁴⁵ Memorando é o termo utilizado pelos autores (Strauss & Corbin,2008; Charmaz, 2009)

Quadro 10 Análise comparativa das unidades de significado nas narrativas

Sexo	Sexo	Sexo	Sexo	Sexo
Idade	Idade	Idade	Idade	Idade
diagnóstico médico	diagnóstico médico	diagnóstico médico	diagnóstico médico	diagnóstico médico
localização, da ferida cirúrgica	localização, da ferida cirúrgica	localização, da ferida cirúrgica	localização, da ferida cirúrgica	Localização da ferida cirúrgica
penso drenado	lesão aberta profunda, tecido desvitalizado exsudado purulento e bordos bastante ruborizados	lesão aberta, tecido desvitalizado exsudado purulento		
			parâmetros vitais hipotensão	parâmetros vitais respiração polipneica por períodos, expectoração purulenta, taquicardia baixa saturação de oxigênio; desorientação espaço temporal, agitação psico-motora, discurso incoerente com gritos e tentativas para se levantar
confronto com a doença. estado-emocional apática, olhar distante não dialogante indiferença no cumprimento inicial	aumento da dor. estado-emocional tristeza, ansiedade reativa			
nível de resiliência	nível de resiliência			
	Nível de dependência nas atividades de vida	Nível de dependência nas atividades de vida	Nível de dependência nas atividades de vida	Nível de dependência nas atividades de vida

FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

A codificação aberta foi continuada com os registos escritos da observação dos informantes e as respetivas entrevistas. E perante a densidade dos conteúdos em análise socorremos da microanálise. Este foi o instrumento analítico que nos apoiou na segmentação dos dados e na descoberta de sentido das diferentes unidades de significado. E tal como os autores referem é a abertura do texto que deixa transparecer o significado das ideias, eventos ou ações (Strauss & Corbin, 2009).

Mas também a usámos sempre que os dados nos pareceram confusos ou quando os dados antigos, uma vez revisitados, não tinham sido suficientemente explorados. Ela representou o ponto de partida para a conceptualização que caminhou do mundo fenomenológico para o mundo teórico. E usámos este instrumento porque a excelência da pesquisa assenta em grande parte na excelência da codificação, ou seja, da categorização.

O reconhecimento da pertinência desta técnica interpretativa, no processo de pesquisa que desenvolvemos, sugere que detalhemos as suas características e o modo como a usámos para obter conceitos substancialmente densos. Tanto mais que Charmaz (2009) faz salientar que as decisões analíticas não resultam de prescrições externas, mas do modo como o investigador interage com e interpreta as suas comparações e análises emergentes.

A microanálise representou um instrumento de análise interpretativa, através da qual pudemos compreender pequenos fragmentos das frases ou palavra a palavra. Compreender ideia a ideia, à medida que elas iam surgindo no seio de um texto ou de uma narrativa escrita, levou-nos à compreensão da informação semântica. E foi diferente de ler um parágrafo e ou um conjunto de frases sequenciais, da qual conseguimos retirar a ideia central ou organizadora do parágrafo. Foi possível reconhecer que as palavras não foram ditas de forma aleatória, elas expressaram o pensamento de quem as disse.

Às vezes com uma só palavra era muito difícil perceber a ideia que lhe estava subjacente, mas quando a analisámos a mesma palavra dentro de uma frase tornou-se mais fácil perceber o significado com que o seu autor a usou. Por isso para percebermos o significado analisámos linha por linha e/ou frase a frase. Aparentemente uma linha de um texto pode não ter substância potencialmente interessante para a investigação, se não a analisarmos sob uma matriz de três níveis.

Ao nível da sintaxe, da semântica e do sentido pragmático. A sintaxe porque organiza as palavras com um suposto sentido lógico ou não, em torno de um verbo. A semântica porque está relacionada com o significado da construção da frase. E a pragmática (linguística) porque relaciona o significado com as pessoas.

Podemos conhecer bem a estrutura das palavras, mas se não conhecermos o significado com que elas foram usadas não as podemos compreender. E a ser assim elas representam apenas ideias soltas, como se estivéssemos perante um discurso alienado de qualquer contexto. Por isso algumas vezes foi preciso juntar tudo o que tínhamos para ler e usar os conhecimentos anteriores à circunstância, para tornar uma frase compreensível.

Por vezes foi preciso juntar a sintaxe, à semântica para chegarmos à pragmática⁴⁶. Por exemplo no segmento de texto “Eu estive a conversar com aquela senhora”, uma asserção que aparentemente não tem substância de interesse. Ao nível da sintaxe representa uma construção frásica que expressa uma declaração de facto intencionalmente assumida.

Mas qual é o significado desta frase? Pragmaticamente o significado é percebido a partir das pessoas ou do contexto onde o discurso foi produzido (clínico, social ou profissional). Reconhecer o significado não passou apenas pelo conhecimento das ações no ambiente em que elas aconteceram, seja no tempo e ou no espaço, mas também por um nível de compreensão da experiência de quem as executou.

Conhecer o ambiente de cuidados onde foi desenvolvida a conversa, conhecer os informantes que a usaram, ter conhecimento na área, pensar sobre os dados como se estivesse no campo de pesquisa; fazer comparação entre as diferentes fontes, fazer apelo a todos os sentidos, experiências, conhecimento, intuição e colocar questões: o quê, quando, onde, como, quem, porquê obrigou-nos a centrar nos dados, a focalizar nos objetivos do estudo, na questão de investigação e a pensar no significado exato do que ali estava inscrito.

⁴⁶ A pragmática surgiu na medida em que as ciências da linguagem passaram a tentar resolver problemas práticos, desdobrando os fenómenos linguísticos de acordo com diferentes visões e compreensões. Por isso a pragmática é aqui usada como elemento da linguística” ao ampliar a compreensão da linguagem para além do formalismo gramatical ou da relação símbolo objeto, incorporando a intenção do agente que emprega palavras para alcançar suas intenções, chega-se à perspectiva pragmática” (Rodrigues e Caricatti, 2009 p. 125).

Foi preciso um nível de compreensão como o descrito para ir mais além do que aquilo que as palavras isoladamente podiam significar. O sentido das palavras ou das frases foi sempre considerado, a cada novo segmento de texto. E conforme diz (Charmaz, 2005 p. 101) foi preciso estar atenta, apreensiva, desconfiada e com minúcia porque “existe uma linha ténue entre interpretar os dados e impor uma estrutura preexistente a eles”.

Por exemplo observámos que os enfermeiros quando descrevem as suas práticas de cuidado usam com regularidade o pronome pessoal “nós” e questionámo-nos: mas porquê o uso sistemático do “nós” quando estão a escrever ou a falar sobre si próprios? Ou mesmo quando pedimos a um enfermeiro para explicar uma determinada ação que ele tinha realizado.

Voltámos a observar os dados com a microanálise e percebemos que usam “nós” porque as suas decisões, apesar de serem levadas à ação por cada enfermeiro são resultado de informações de várias fontes. Usam “nós” quando realizam uma qualquer intervenção com o doente, usam “nós” quando criam espaços e tempos de cooperação, etc., e neste questionar fomos descobrindo as propriedades de uma nova categoria.

O uso da microanálise na formação dos conceitos representou um processo de conhecimento, dado o confronto com a dúvida até alcançar a sensibilidade teórica. Ela foi conseguida com o desenvolvimento de exercícios de interpretação, aferidos pelo orientador da pesquisa e posteriormente por uma avaliação de um conjunto de peritos, para validar ou não, a interpretação que tínhamos feito dos dados. Aferir a interpretação com os peritos resultou numa mais-valia, porque não nos deixou cair em conclusões teóricas precipitadas ou considerar significados alternativos.

Ainda no âmbito da codificação inicial e já num outro suporte de informação passámos ao agrupamento das unidades de significado procedentes dos diferentes textos, em função das suas similitudes ou afinidades. Como resultado destas estratégias emergiram as categorias ou conceitos. E estes foram nomeados de acordo com as suas propriedades, ou seja, as unidades de significado que as constituíram.

Após a codificação aberta passámos à codificação axial. No segundo nível de codificação procurámos encontrar um eixo, já não das unidades de significado, mas das categorias

criadas a partir das unidades. O eixo foi criado através do agrupamento de categorias relacionadas e/ou de unidades de que tinham significados comuns.

Por exemplo uma conversa com um doente é útil para recolha de informação. Entre muitas outras utilidades (ser útil representa uma propriedade da conversa) e ser útil para recolher informação representa uma das dimensões da utilidade de uma conversa com o doente, a mesma conversa com um doente também é útil para lhe dar informação (representa outra dimensão da utilidade da conversa), ou a mesma conversa é útil como técnica de abstração da realidade presente (representa outra dimensão da mesma propriedade). Uma vez criada a categoria “conversas com o doente” reconhecemos a especificidade da mesma perante as unidades de significado que ela comporta, e com isso a categoria passou a um outro nível de abstração, como dizia Lopes (2003).

Numa fase seguinte voltámos aos dados na sua forma original, mas agora para descobrir a estrutura conceptual que define o processo de raciocínio. De novo definimos linhas de fratura, mas agora norteados por outro objetivo: quais são os conceitos que dão suporte às decisões dos enfermeiros. Neste sentido as linhas de fratura, inerentes à codificação aberta, seccionaram seqüências de ações ou interações em cada um dos textos.

Reconhecemos a unidade de significado de cada uma das partes fraturadas a partir da ideia central que delas emergiu. Iniciámos de novo o processo analítico de comparação constante. O suporte de informação que foi criado documenta o modo como foi feita a codificação aberta e codificação axial (Quadro 11).

De novo realizámos os dois processos de comparação em simultâneo, ou seja, entre os textos e entre cada uma das unidades de significado e os textos no seu todo. No segundo nível de codificação as unidades de significado com o mesmo sentido nos diferentes textos, foram agrupadas em função das suas similitudes.

A partir delas foram criados e nomeados os conceitos agora dotados de propriedades. Estas propriedades são compostas pelas unidades de significado. O nome escolhido para a categoria ou o conceito foi por princípio, aquele que considerámos ser o descritor mais lógico para nomear as suas unidades de significado.

QUADRO 11 Exemplo de categorização

EXCERTOS DOS DADOS do texto	Significado dos dados	Categorias
Eu cheguei ao quarto cumprimentei as duas doentes que lá estavam e ela não respondeu	Caracteriza o primeiro encontro: - Indiferença da doente perante o cumprimento da enfermeira	Interpreta dados iniciais
Resolvi “providenciar” uma forma de ficar a sós com a doente, o que não foi difícil, uma vez que a doente do lado se deslocou à casa de banho para fazer a sua higiene	Face à leitura clínica que a enfermeira fez da situação, aproveitou as condições contextuais e criou uma interação dual com a doente.	Decisão de nível I e de nível II
De repente a doente começou a chorar de forma inconsolável sem conseguir pronunciar fosse o que fosse.	Caracteriza a resposta à intervenção: choro compulsivo	Avaliação das decisões
Inicialmente tentei com que parasse de chorar consolando-a, pedindo-lhe para me dizer o que passava	Decidiu pedir à doente para parar de chorar e logo de seguida passou à intervenção: consolação; espaço para expressão de sentimentos; e presença	Decisão de nível I e nível II
mas ela parecia não me ouvir	Constatação da aparente ineficácia das medidas adotadas	Avaliação da decisão
Então resolvi deixá-la chorar e apenas ficar ali parada ao pé dela	Em função da avaliação decidiu ter outra intervenção: Manter a presença, deixá-la chorar e dar-lhe espaço e tempo para a expressão de sentimentos.	Decisão de nível I e nível II

FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

A análise de todos os documentos, i.e., os dados, independentemente dos recursos usados, foi o resultado de uma interação entre o investigador e os dados, feita com rigor, para não desvirtuar o sentido dos dados e a criatividade necessária para nomear as categorias encontradas. Strauss & Corbin (2009) e Lopes (2006) recomendam que o investigador ponha de parte o seu conhecimento e experiência e se deixe abrir a novas interpretações sobre o seu objeto de análise, ainda que a subjetividade que lhe é inerente seja um elemento inalienável. O investigador precisa de ter a capacidade de saber usar em sincronia um pensamento crítico e criativo, não perdendo a objetividade.

A partir daí antecipámos que o modo manual não seria mais adequado porque, previsivelmente, o número de ações e interações em análise seria da ordem das centenas. Fizemos a transcrição das notas de observação e das entrevistas que tínhamos em sistema áudio para a redação em programa Word®. As ações e interações observadas no campo de pesquisa e em diferentes horas dos dias foram analisadas em associação com as respetivas entrevistas, constituindo-se por isso como um só documento de registo de cada um dos informantes. Os documentos foram introduzidos num programa informático de nome Qualitative Solutions and Research Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing QSR NUD*IST, um programa informático que resulta da fusão dos *softwares Nudist e Nvivo*.

Após a introdução dos documentos no programa, a fase inicial de formação dos códigos foi um processo muito exigente. Mas apesar da codificação de dados ser trabalhosa, demorada e estar na dependência de um trabalho contínuo do investigador o QRS Nvivo8 tornou-se útil porque nos facilitou a sistematização dos dados introduzidos, a apresentação com descrição dos dados de forma organizada, com representação visual dos mesmos. Qualidades do programa que nos permitiram continuar a respeitar as prerrogativas do método da teoria fundamentada.

Todos os dados reconhecidos como relevantes para os objetivos da investigação foram analisados e categorizados com o apoio da microanálise. E neste processo de codificação o programa revelou ter meios para assegurar a estabilidade e a consistência dos critérios definidos.

A categorização foi feita com dois níveis (*Free Nodes e Tree Nodes*) e sem obrigatoriedade de haver uma mútua exclusividade operacional das categorias da mesma fratria. O programa permite ainda criar modelos que representam redes conceptuais⁴⁷ com hierarquia definida, para exprimir a relação entre um conceito mais abstrato e os outros que o explicam. Os modelos podem ser progressivamente construídos e melhorados.

Com o apoio do programa informático pudemos analisar 980 interações. Um número que só é relevante ser apresentado para dizer que houve minúcia na categorização dos

47 Uma rede conceptual “exprime as relações entre conceitos gerais e outros mais particulares que os explicam; as relações são apresentadas por setas sem palavra de ligação” (Rendas A; Fonseca M; Rosado Pinto P, p. 36, 2013)

documentos que 15 informantes nos permitiram obter. Na fase de codificação aberta criámos 202 categorias. O retorno periódico aos dados e um refinar das categorias em função dos seus significados permitiu-nos reduzir na fase codificação axial (*Tree Nodes*) para 11 categorias e na fase seletiva reduzimos para 4 conceitos.

Depois de todas as estratégias de análise apresentamos os quatro conceitos e os respetivos conceitos simples que emergiram, assim como as articulações que se definiram entre eles. Para assim podermos responder aos objetivos que foram delineados após a definição do problema de investigação.

TERCEIRA PARTE – PROCESSO DE TEORIZAÇÃO

1. CONCEPTUALIZAÇÃO

O processo de teorização é uma atividade complexa e processual que assenta numa interação, mediada por um método, entre investigador e dados e a interpretação que dela resulta. Conscientes deste processo procurámos desenvolver uma teoria que pode refletir a realidade que observámos e analisámos, com a expectativa de ser reconhecida como pertinente. Assumindo que a teoria também deve reunir outros critérios, definidos para os estudos realizados com o método da teoria fundamentada, e.g. “uma sólida combinação de originalidade e credibilidade que pode aumentar a ressonância, a utilidade e o valor subsequente da contribuição” (Charmaz, 2006 p. 245).

Criar uma teoria com base neste método exigiu a descoberta dos conceitos que estruturam o fenómeno em estudo, mas também a definição e compreensão da natureza das relações que podem existir entre eles. Motivo para que o processo de teorização seja apresentado pela definição dos conceitos e pelo processo que os faz relacionar.

Nesta definição de conceitos apresentamos as ideias substantivas que os organizaram. Os conceitos foram criados a partir de uma associação das propriedades dos dados, recolhidos e analisados sob o método de teoria fundamentada. São eles que conferem significado e dão substância aos aspetos estruturais do processo de teorização.

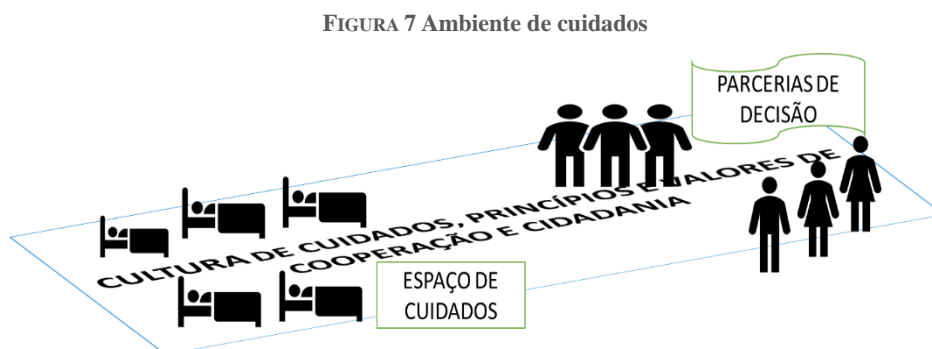
Os conceitos científicos caracterizam-se por serem mediados por conceitos simples. E estes, são elementos de um sistema hierárquico de inter-relações, a partir das quais o conceito científico se organiza, considerando a sua capacidade agregadora de pequenos conceitos. Os conceitos simples são assim nomeados porque, uma vez isolados, não têm expressão significativa (Melo & Silva, 2017).

Na descrição começamos por apresentar o conceito e a respetiva estrutura, cujos pilares são os conceitos simples. Todas as estruturas que apresentamos são bidimensionais, com exceção de uma que é tridimensional. Depois apresentamos a substância dos conceitos, descrevendo as respetivas propriedades que os explicam, ao nível de “o que são”, “como”, “porque”, “quando”, “onde”, “quem” (Whetten, 2003).

Os conceitos foram nomeados com um ou dois termos em função das propriedades observadas. Identificámos os conceitos “Ambiente de Cuidados”, “Informação Clínica”, “Conhecimento Clínico” e “Tomada de Decisão Clínica”. Para facilitar a leitura do texto decidimos redigir os conceitos com letra maiúscula e a negrito, os conceitos simples com letra maiúscula. As propriedades ou atributos de cada um deles seguem as regras da redação portuguesa.

1.1 CONCEITO AMBIENTE DE CUIDADOS

O **AMBIENTE DE CUIDADOS** define um espaço e uma equipa de cuidados que tem competências para tomar decisões num sistema de parcerias (figura 7).



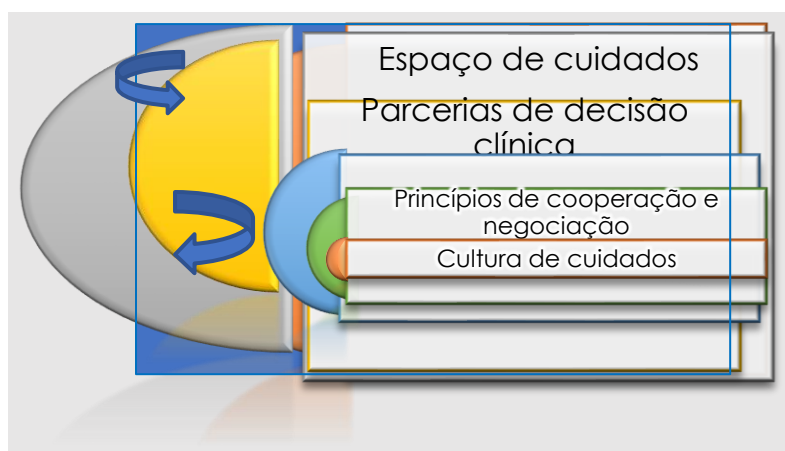
FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

ESTRUTURA DO CONCEITO AMBIENTE DE CUIDADOS

A análise da estrutura do conceito **AMBIENTE DE CUIDADOS** permite-nos dizer que ela é bidimensional, formada pelos conceitos simples **ESPAÇO DE CUIDADOS** e **PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA**. E ambos estão alicerçados numa cultura de cuidados e em princípios de cooperação e negociação (figura 8).

Cada um destes conceitos simples tem propriedades dinâmicas, com capacidade de se organizarem e se influenciarem mutuamente, a partir da informação que a equipa de cuidados faz circular. A dinâmica da interação entre eles mantém a estrutura do conceito, com a flexibilidade necessária para integrar mudanças. As interações que ocorrem no **AMBIENTE DE CUIDADOS** geram uma sinergia, minuciosa, preventiva e coesa que mobiliza todos os envolvidos no processo de cuidados. E a estrutura, pelas propriedades que a definem, promove aprendizagens clínicas, a partir da interpretação que cada um faz da informação recebida e das decisões que são tomadas.

FIGURA 8 Estrutura do conceito ambiente de cuidados



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

PROPRIEDADES DA ESTRUTURA DO CONCEITO AMBIENTE DE CUIDADOS

Estrutura dinâmica com interações de reciprocidade. Tem capacidade de integrar mudanças e de se auto-organizar face às mesmas. A estrutura é promotora de aprendizagens clínicas

CONCEITO ESPAÇO DE CUIDADOS

O conceito retrata um espaço físico onde estão pessoas internadas, com uma diversidade de situações clínicas, que necessitam de uma equipa de cuidados que lhes possa dar respostas imediatas.

O espaço é tutelado por uma unidade de cuidados gerais de natureza cirúrgica e situa-se numa das alas dessa unidade. É comumente chamado “quarto de operados” e configura-se como um *open space* de vinte metros quadrados (Figura 7).

Este espaço, reconhecido como pequeno, é iluminado pela luz natural, tem lugar para cinco camas articuladas, com sistemas de monitorização cardíaca, oxigenação e aspiração. As camas estão separadas por resguardos para preservar a privacidade e a segurança dos doentes. Tem também lugar para três cadeirões, um lavatório, uma bancada de apoio à preparação de alguns dos instrumentos terapêuticos, um carro de urgências e um lugar de e com secretária.

Do equipamento clínico também fazem parte um sistema de som para ouvir música e um relógio de parede. Alguns dos enfermeiros utilizam a música para criar um sentimento de bem-estar nos doentes. O relógio de parede tem como função manter a orientação no tempo uma vez que os doentes, por motivos de analgesia têm períodos de sedação.

o quarto de operados tem um espaço muito reduzido e muito curto e é verdade nós não temos muito espaço entre as camas nós muitas vezes ao colocarmos os cadeirões entre as camas nós ficamos sem espaço para andar de um lado para o outro (Código\PP\PEO3).

...a questão do relógio que está lá ao fundo para as pessoas terem atenção da hora quando conseguem ver, quando não conseguem eu deixo sempre terem lá o relógio ao pé também deles, às vezes pomo-lo na grade ou pomo-lo no cesto, para eles terem noção do tempo, da hora não é (Código\PP\PEO2)

FIGURA 9 Propriedades do espaço de cuidados



Fonte: MAGALHÃES E LOPES (2020)

O ESPAÇO DE CUIDADOS é assim nomeado porque se refere às características de um espaço que é próprio para a função e para as características de uma equipa de cuidados que tem competências⁴⁸ para cuidar dos doentes que o ocupam. As competências de cada membro são o produto das competências da equipa, que funciona como um sistema aberto e cooperativo. A condição do espaço permite que o lugar de secretária tenha um campo aberto de observação sobre todos os doentes e as respetivas monitorizações. Este lugar também é um espaço de reserva para a equipa de cuidados trocar informações sobre os seus doentes.

Eu gosto de estar aqui e quase todos gostamos porque aqui temos os doentes, todos debaixo de olho (Código T\T EO 2)

O ESPAÇO DE CUIDADOS é promotor de um comportamento inteligente dos profissionais do cuidar, por permitir uma interação direta entre os diferentes profissionais da equipa de cuidados e entre quem cuida e quem é cuidado, num modo que é contínuo e sistemático⁴⁹.

⁴⁸Um profissional competente também tem a capacidade de refletir sobre os processos de pensamento e dessa maneira desenvolver o conhecimento metacognitivo (Botma & MacKenzie. 2016)

⁴⁹ O método sistemático define-se na execução de uma série de ações de modo sequencial e particularizado, não deixando nada ao acaso nem esquecendo qualquer dado.

E é preenchido por um conjunto de propriedades que ilustramos de forma sumária e que descrevemos com maior detalhe.

O ESPAÇO DE CUIDADOS permite que os enfermeiros tenham uma percepção global de todos os doentes que o ocupam, e tem uma cultura de cuidados que privilegia a estimulação de todos os órgãos dos sentidos. O uso da palavra pode ter menos sentido do que o ouvir e o ver. O ouvido apreende a tridimensionalidade do espaço. Permite o senso de equilíbrio, o sentido de localização no espaço e a percepção da sucessão dos sons na perspectiva do tempo. A visão reduz o mundo a uma imagem bidimensional, mas o olho humano tem capacidade para perceber uma grande quantidade de estímulos ao mesmo tempo. O olhar, altamente focado, percebe os objetos que se encontram à sua frente de forma estática.

(...) quando se trabalha numa unidade com cinco camas eu acho que o essencial é termos uma percepção sempre da globalidade das situações e muitas vezes só em olhar conseguimos ter algumas noções (Código\PP\PPEO1).

Os sentidos da distância permitem que os enfermeiros possam antecipadamente pensar sobre os comportamentos ou os gestos que devem ter com os doentes. Os sentidos de proximidade, o tato e o olfato convivem com os sentidos da distância. Eles transitam entre o contacto direto e o contacto que é mediado pela ponderação que os enfermeiros fazem, sobre as decisões a tomar antes de se aproximarem. O silêncio é recorrentemente usado como um instrumento tanto pelos doentes como pelos enfermeiros. Umhas vezes por razões pessoais e/ou clínicas como um instrumento de refúgio, outras vezes como forma de se afastar do outro e lhe dar tempo para um reencontro.

O ESPAÇO DE CUIDADOS pauta-se por uma cultura⁵⁰ de cuidados que é nutrida por valores e princípios de tolerância, abertura, compromisso, sentimentos de utilidade, respeito mútuo, confiança, envolvimento, cooperação, reciprocidade, diálogo e negociação. E é expressa na relação que os enfermeiros têm com toda a equipa e particularmente com os

⁵⁰ Martha Rogers define a cultura como um padrão integrado de comportamento humano que engloba o pensamento, o discurso, a ação e os artefactos, e que se encontra na dependência da capacidade humana de aprender e transmitir conhecimento para as gerações futuras.

doentes, durante a experiência de saúde vivida neste espaço, onde a doença é pensada como um epifenómeno da experiência de saúde e, por isso, é analisada como uma intercorrência que interfere na vida daqueles que são por ela afetados.

Os enfermeiros imbuídos desta cultura de cuidados avaliam, falam e escrevem sobre a forma como cada doente vive a sua doença. E é em função disso que se mobilizam para promover os cuidados necessários face aos resultados esperados e satisfazer as suas próprias expectativas. Esta dinâmica resulta de um investimento pessoal dos enfermeiros, e do **AMBIENTE DE CUIDADOS** que serve de cenário aos doentes e aos profissionais.

Nas dinâmicas das interações há relações ambíguas entre quem cuida e quem é cuidado e os confrontos com a incerteza têm uma presença assídua, dada a subjetividade da experiência humana e a intersubjetividade da interação enfermeiro-doente. Ainda assim, as decisões dos enfermeiros mesmo que sejam difíceis não ficam suspensas, apesar de nem sempre serem explícitas para o próprio ou para outros. Elas revelam-se na linguagem ou na reorganização das ações que realizam. E algumas das decisões são de natureza sensível que só são possíveis pelas relações de parceria que existem na equipa

(...) nós recebemos o turno e vamos junto dos doentes avaliar os sinais vitais por volta das 17 no turno da tarde, mas às vezes nem sempre é assim, se houver outra coisa para fazer antes, por exemplo se um doente estiver instável não quer dizer que nós que a gente faça isso logo em primeiro lugar, a rotina embora seja assim não quer dizer que nós façamos isso logo assim que se houver uma coisa que não permita nós deixamos isso para segundo plano geralmente a rotina é assim (código E (2)\A\A EO 1).

Estava aqui a senhora e cada um que vinha falava-lhe do Henrique (o bebé), ela ainda só o tinha visto quando ele nasceu, e eu, depois de perceber que ela tinha condições para a poder levar ao filho, peguei numa cadeira de rodas e levei-a, embora com algum receio. Mas correu tudo bem. A enfermeira transparecia bem-estar e com vontade de falar sobre o sucedido (Código\T\T EO2).

Os enfermeiros têm, necessariamente, que tomar múltiplas decisões que escapam às rotinas expectáveis para o dia, sob pena da situação clínica dos doentes se poder agravar. Mas antes de tomarem decisões, e sempre que o tempo de decisão o permite, conversam com os seus pares e exploram tanto as situações clínicas como as situações de cuidados. Nos seus discursos observam-se proposições que descrevem os dados que vão recolhendo para

conhecer os doentes, sejam de avaliação, sejam de estratégias, sejam de prognósticos sobre os seus doentes.

(...) aquilo que para um doente é uma situação normal para outro pode já não ser, portanto tem de ser para aquele doente, contextualizamos para quem ali está para aquele doente em si, mas é importante conhecê-lo ter alguns dados que nos permitam conhecer (Código\ EP EO 123).

No ESPAÇO DE CUIDADOS o tempo é elemento de uma matriz que interfere tanto no tipo de interações como na sua duração. É o tempo que resulta desta matriz que permite descobrir a riqueza das vivências reveladas em pequenos momentos, mas que dão continuidade às discontinuidades das interações ali vividas. É na partilha do espaço e destes tempos que se gera um potencial de ação que regula o afastamento dos enfermeiros e o envolvimento com os doentes e com a restante equipa.

Envolvimento que engendra uma complementaridade necessária não só para as decisões a tomar, mas também para gerar confiança e segurança para todos os que ali habitam. Este movimento de aproximação e afastamento também revela a necessária transitoriedade das relações com os doentes. Os enfermeiros sabem incorporar esse movimento e dar o devido valor ao aqui e agora, e encontrar nele um modo de pensar e estar, que procura acomodar os diferentes valores de todos os que por ali passam.

No ESPAÇO DE CUIDADOS há uma cultura de cuidados ao corpo que respeita a pessoa que vive naquele corpo. Um corpo que faz parte do património pessoal e que Le Breton classificou como um duplo sujeito⁵¹. Os enfermeiros preservam aquela cultura ao corpo, criam-lhe um espaço e um tempo de intimidade, com um resguardo e uma conversa, aparentemente de cariz social para que as pessoas que são cuidadas e as que cuidam delas se abstraiam do manuseamento do corpo. A imaterialidade da abstração é delimitada pelo confronto com a realidade do sofrimento e do mal-estar.

Os cuidados ao corpo impõem uma proximidade física e íntima que ultrapassa a distância social, expectável na relação entre duas pessoas. Os enfermeiros invadem a distância

⁵¹ “As representações do corpo e dos saberes que o atingem, são tributárias de um estado social, de uma visão do mundo, e no interior desta última de uma definição da pessoa” (Le Breton, 1992 cit. por Ribeiro, 2003 p. 203)

privada do doente. E isso é intimidatório tanto para quem é cuidado como para quem cuida

(...) fazer a higiene mexer nas partes íntimas da pessoa e chegar ali e não dizer nada e vamos destapar e não sei quê acho... vamos tirar a roupa vamos tirar a monitorização, vamos conversando com eles é também uma maneira de eu me sentir à vontade e o doente também (Código (2) \ A\A EO 1).

É na sequência deste envolvimento que os enfermeiros observam, experienciam de forma silenciosa e contida, situações de dor que guardam lugares nas suas memórias, e quando marcadas no tempo têm estatuto de acontecimento. Paradoxalmente é esta mesma proximidade e envolvimento que lhes permite uma visão global de todos os doentes, posição que é estratégica para manter uma vigilância permanente e fazer a gestão dos cuidados.

Uma outra propriedade do ESPAÇO DE CUIDADOS é a gestão de cuidados. Ela faz parte de uma cultura organizacional que conta com três sistemas de regulação: a supervisão clínica a prática de cuidados dos enfermeiros, a supervisão das visitas dos doentes e a supervisão dos instrumentos clínicos. A gestão dos cuidados dirigida particularmente aos doentes é desenvolvida por todos os enfermeiros, e assegura que todos os doentes tenham os cuidados necessários em tempo útil, mesmo havendo interrupções de forma recorrente durante o desenvolvimento dos processos de cuidados.

Entrou o cirurgião de serviço e dirigiu-se à enfermeira para lhe perguntar como estava a situação dentro da unidade. A enfermeira emitiu o seu parecer: Depois de olhar para os três doentes que estavam à sua direita, respondeu que pensava que aqueles reuniam condições para irem para o internamento, os outros dois não, embora estivesse tudo a correr bem, mas foram operados na véspera e ainda estão a fazer o DIB (Código \F\F e A OE2).

Pouco depois entrou a médica da plástica que também perguntou à enfermeira como é que estava a sua doente (Código Idem).

A enfermeira atende o telefone, dá informações sobre um dos doentes, cuja médica acabou de entrar na unidade e informou que a doente em causa ia ter alta clínica. A médica pede apoio para ações logísticas e a enfermeira remete-a para a secretária de piso (Código Idem).

(...) a enfermeira procurou assegurar-se que tinham chegado todos os resultados das colheitas de sangue que tinham sido feitas aos doentes. Também fez uma observação rápida dos resultados analíticos que tinha disponível (Código\ F\F OE3).

Para efetivarem a gestão dos cuidados os enfermeiros impõem uma proatividade que delimita o tempo e o lugar de todos os elementos da equipa. Configurando-os não só para responder a situações de cuidados imprevisíveis e/ou de alto risco, mas também para responder de forma adequada a todos os elementos da equipa, aos doentes e família, às assistentes operacionais, aos médicos, aos técnicos e aos administrativos que os solicitam.

No âmbito da gestão dos cuidados a supervisão clínica, que existe entre os membros da equipa de cuidados, é um processo normalizado, tacitamente reconhecido pela equipa como um dos sistemas de regulação e segurança. O apoio aos mais novos ou menos experientes, por parte daqueles que são clinicamente mais diferenciados, é reconhecido pela equipa de cuidados como uma mais-valia. Sobretudo quando se confrontam com situações de ambiguidade, incidentes críticos, administração de novos fármacos, insegurança na análise dos dados complexos e no agravamento da situação clínica dos doentes. A supervisão acontece, de forma discreta no contexto da ação, mas de forma evidente nos encontros à secretária.

No ESPAÇO DE CUIDADOS a supervisão das visitas aos doentes internados é assumida como um processo relevante no âmbito da gestão de cuidados, porque a interação destas com os doentes tem por vezes efeitos nocivos, ainda que não aconteça de forma intencional. A supervisão das visitas denuncia também a ausência delas e mobiliza a equipa de cuidados para a compreensão desta ausência e a necessidade de envolver outro grupo profissional.

Discretamente os enfermeiros avaliam a natureza das interações das visitas com os doentes. E em função disso a equipa aproxima-se e usam-nos como fontes de dados para ter mais informação sobre o doente enquanto pessoa e/ou dar informação aos familiares. Assunto que retomaremos no âmbito de um outro conceito.

As visitas entraram na unidade e a enfermeira foi ter com o doente (sr. G.) e pergunta ao doente se sabe quem é a senhora que está junto da cama (era a filha) e comenta que hoje está mais orientado (Código \ F\F OE3)

a mãe dirigiu-se à enfermeira, com a voz e as mãos trémulas perguntando-lhe se poderia trazer a escova dos dentes, porque o filho sentia um mau hálito que o incomodava (Código E\T\T EO 2).

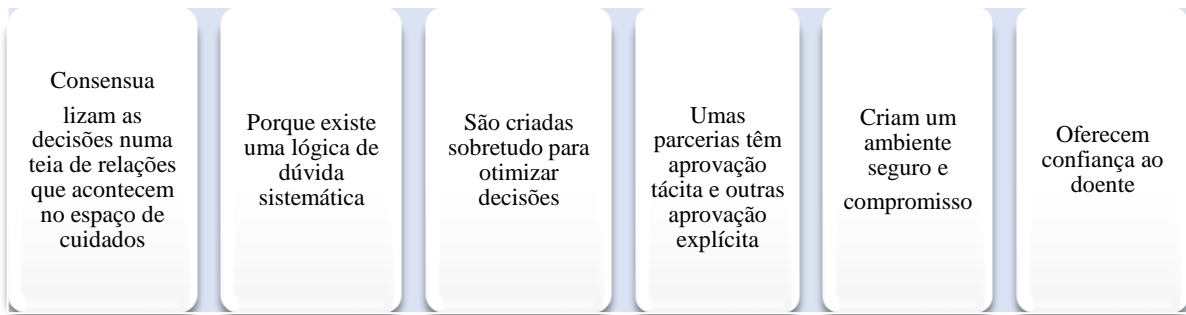
(...) não há familiares desta doente, ninguém falou, ninguém perguntou pela senhora (Código Idem).

No ESPAÇO DE CUIDADOS os enfermeiros também têm responsabilidade e tomam decisões sobre o terceiro sistema de segurança: a supervisão dos materiais clínicos. Esta supervisão, apesar de não se focar nos cuidados diretos, também é uma função dos enfermeiros. E, esta é por eles reconhecida como um elemento da gestão de cuidados. A supervisão incide tanto nos prazos de validade quanto na quantidade e qualidade do material. Porque a escassez de alguns deles considerados imprescindíveis pode comprometer a qualidade dos cuidados.

CONCEITO PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA

As PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA consensualizam e otimizam as decisões que são tomadas no **AMBIENTE DE CUIDADOS** e no âmbito do processo de cuidados (figura 10).

FIGURA 10 Propriedades das parcerias de decisão clínica



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

As parcerias acontecem com base no reconhecimento mútuo das qualidades dos membros da equipa de cuidados, mas também no reconhecimento que o doente é um parceiro e, portanto, também está envolvido direta ou indiretamente na decisão sobre os cuidados que lhe são prestados. As parcerias são dinâmicas, têm um tempo próprio e organizam-se em função da natureza das decisões que têm de ser tomadas. Entre os pares as PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA são criadas não só para consensualizar sobre o que foi feito, mas sobretudo para otimizar sobre o que deve ser feito e como o devem fazer. Para consensualizarem, porque a prática de cuidados acontece numa teia de relações entre doentes, famílias, enfermeiras, médicos e outros membros da equipa de cuidados. Na teia cada um “entra” na situação com a sua compreensão, o seu modo de ver o problema e interpretação a partir do seu enquadramento biográfico e teórico.

Cada um dos membros produz impressões, tem intuições e muitas decisões em silêncio, que recomendam que sejam aferidas por outros membros da equipa, tanto dentro da sua profissão como fora dela. Constata-se que as parcerias criam um ambiente de apoio e compromisso, sendo reconhecidas pelos enfermeiros como um recurso que oferece confiança e segurança aos doentes.

Os enfermeiros têm como boa prática otimizar as decisões no ESPAÇO DE CUIDADOS, porque nele preside uma lógica de dúvida sistemática e uma acutilante perspicácia em relação aos dados que são observados e à informação circulante. Neste sentido, as parcerias representam uma confluência e/ou uma complementaridade de diferentes olhares sobre a situação de cada doente e/ou sobre as respostas clínicas às decisões que são ou foram tomadas.

No ESPAÇO DE CUIDADOS há encontros de secretária, porque os enfermeiros se reúnem à volta da secretária, três vezes em cada vinte e quatro horas, com o objetivo formal de dar continuidade aos cuidados planeados.

Nós perguntamos sempre se a colega já conhece os doentes quando estamos a passar o turno, se a colega não conhece temos de ter outro tipo de atitude (Código E (2) \A\A EO 1)

(...) se nós já conhecemos os doentes quando estamos a passar o turno ao colega fazemos exatamente esses comentários “olha, mas ontem o doente estava assim ontem o doente fez isto, ontem fez estas frequências cardíacas ele teve estas tensões, teve baixo débito hoje já não tem, pronto (Código E\F\F e A OE2)

Para que isto aconteça e seja efetivado com qualidade, os enfermeiros fazem destes encontros momentos de análise crítica sobre os dados e a informação que têm ou que necessitam de ter; momentos de análise crítica sobre as decisões que foram tomadas em parceria com os doentes, e momentos de análise crítica sobre as decisões que tomaram que carecem de consenso com os pares.

À medida que a leitura ia decorrendo os colegas que recebiam os doentes iam fazendo uma análise comparativa com a situação que eles conheciam (Código \F\F e A OE2).

Quando a doente é da plástica como neste caso não há regras para fazer os pensos e tirar agrafes, elas (médicas) é que sabem. Só quando se esquecem é que nós lhe dizemos veja lá que isto já está aqui há muitos dias e está seco, como neste caso (Código E\PP1PPEO3).

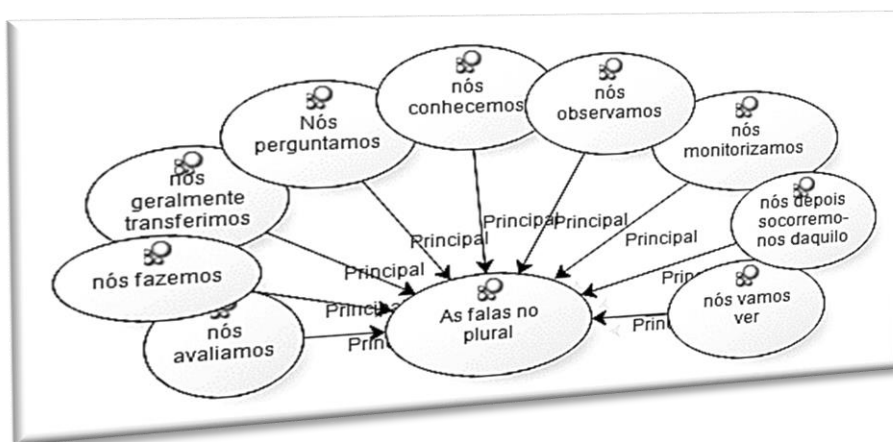
As decisões dos membros que formam as PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA só são tacitamente aprovadas quando os sinais e sintomas são evidentes a olho nu. Quando assim não acontece as decisões são debatidas entre os pares, trocam informação sobre a situação dos doentes e são ou não verbalmente aprovadas.

(...) existem outras situações que às vezes as suturas drenam, da própria sutura e quando drenam da própria sutura drenam em grande quantidade ... habitualmente aí colocamos um saco esterilizado de dreno naquele local onde está a drenar na sutura na própria sutura, protegemos a restante sutura com pele plástica e depois adaptamos um saco de drenagem esterilizado naquele local; ...e também dá para contabilizar no final o que drena da sutura (mas isso é uma estratégia utilizada por acordo entre vocês?) sim, são

estratégias que nós vamos arranjando sem estar também nada escrito nem prescrito (Código \F\FOE3).

Entre os enfermeiros que habitam no ESPAÇO DE CUIDADOS há uma linguagem coerente com o sistema de parcerias. Os enfermeiros fazem referência às suas práticas de cuidados, ainda que sejam as suas próprias práticas, usando a fala na forma plural para expressarem aquilo que fazem (figura 11).

FIGURA 11 Falas no plural



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

As PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA que também são criadas entre os dois grupos profissionais (médicos e enfermeiros) têm características diferentes daquelas que acontecem entre os pares. Mas elas também são uma realidade facilmente visível entre os membros que as integram. Por exemplo nas decisões comprometidas com uma prescrição e administração de medicamentos ou de outras intervenções invasivas.

No caso da prescrição de medicamentos não se trata de uma ponderação conjunta, mas sim de uma complementaridade de dois grupos profissionais. Podemos nomeá-las assim porque aqueles que prescrevem, os médicos decidem mediante o que é registado pelos enfermeiros e pelos médicos na BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO, pelos dados clínicos que eles próprios observam à data e a informação que o enfermeiro que está responsável

pelo doente lhe dá na hora. Os enfermeiros materializam a decisão, administram a terapêutica, vigiam e avaliam os seus potenciais efeitos positivos ou adversos.

As parcerias entre os grupos profissionais também são visíveis naquilo que podemos chamar de parcerias de bastidores porque elas acontecem à porta do ESPAÇO DE CUIDADOS. O objetivo destas é decidirem a natureza da informação que deve ser veiculada aos doentes. E há outras PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA que acontecem por acordo tácito, uma vez que não estão protocoladas e tão pouco são verbalizadas. No que se refere às transferências dos doentes não se pode afirmar que haja parceria na decisão, uma vez que se trata de um processo hierarquizado. Mas, apesar da transferência dos doentes ser formalmente da responsabilidade médica, os enfermeiros são recorrentemente auscultados.

No ESPAÇO DE CUIDADOS a fragilidade, diversidade e complexidade das situações clínicas e respetivas situações de cuidados, geram sistematicamente novos dados e nova informação. Assegurar a disponibilidade da informação e fazê-la chegar a quem a deve receber em tempo útil e de forma fidedigna, revela a importância de uma estrutura que possa reunir e disponibilizar todo e qualquer tipo de informação clínica para toda a equipa que habita no **AMBIENTE DE CUIDADOS**.

1.2 CONCEITO INFORMAÇÃO CLÍNICA

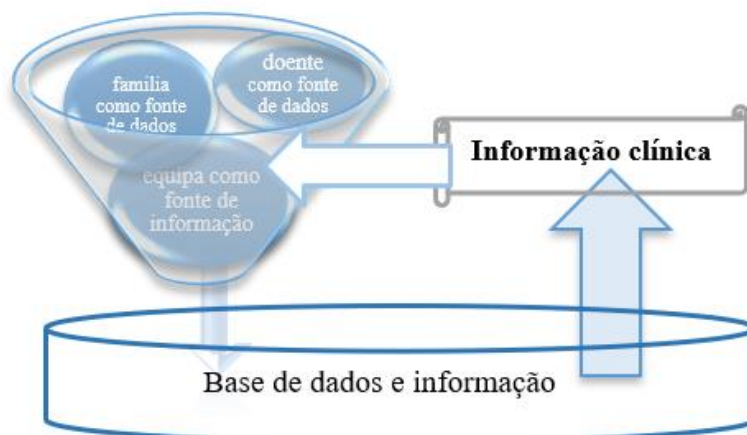
A **INFORMAÇÃO CLÍNICA** define uma associação de dados clínicos que tem relevância e coerência funcional.

A ESTRUTURA DO CONCEITO INFORMAÇÃO CLÍNICA

A estrutura deste conceito é suportada por dois conceitos simples **DADOS CLÍNICOS E INFORMAÇÃO** e **BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO**. A análise desta estrutura deixa-nos afirmar que ela resulta de uma dinâmica que permite a entrada de dados e informação e a sua saída sobre a forma de **INFORMAÇÃO CLÍNICA**. A estrutura recebe dados, unidades de informação, que são orientados para a **BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO** e aí são transformados em **INFORMAÇÃO CLÍNICA**. Esta transformação é produzida passo a

passo. À medida que vão chegando novos dados à BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO vão sendo objeto de análise continuada, de descoberta de relevância e coerência funcional entre os dados. Informação que fica disponível para os clínicos lhe darem uso (Figura 12).

FIGURA 12 Estrutura do conceito informação clínica



Fonte: MAGALHÃES & LOPES (2020)

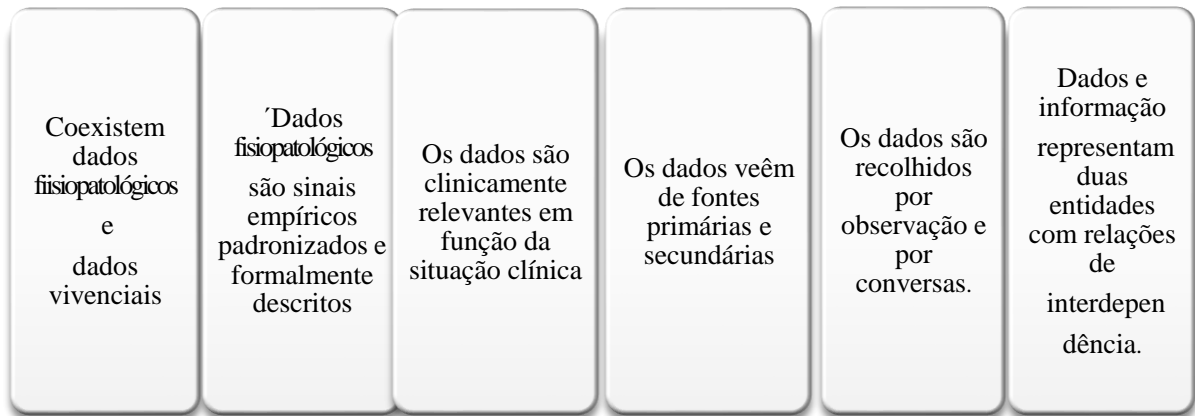
PROPRIEDADES DA ESTRUTURA DO CONCEITO INFORMAÇÃO CLÍNICA

Estrutura dinâmica, recursiva, flexível com um movimento sistemático de dados e informação, e com potencial de auto-organização e promotora de aprendizagem clínica

CONCEITO DADOS CLÍNICOS E INFORMAÇÃO

DADOS CLÍNICOS E INFORMAÇÃO são elementos fundamentais para aceder ao conhecimento da dimensão fenomenológica do doente (figura13).

FIGURA 13 Propriedades dos dados clínicos e informação



Fonte: MAGALHÃES & LOPES (2020)

Nomeamos como dados clínicos os sinais e sintomas que têm um significado quantitativo ou qualitativo e denunciam a experiência de saúde do doente. Para os enfermeiros os sinais são indicadores tanto dos padrões fisiológicos, funcionais/disfuncionais como do comportamento que é passível de ser observado e descrito.

Os dados clínicos dão pistas para reconhecer e compreender a vivência da doença. Os sinais diferem dos sintomas na medida em que estes últimos revelam alterações que apenas o doente pode perceber. Enquanto o sinal pode ser percebido por outra pessoa, sem a necessidade de ouvir o doente, o sintoma é a vivência, dolorosa ou não, relatada pelo doente e que só ele consegue perceber. Os sintomas são por isso, de natureza subjetiva e sujeitos à interpretação de quem os vive. Na diversidade dos dados que são reunidos, os enfermeiros reconhecem alguns deles como dados clinicamente relevantes.

A natureza dos sinais que são clinicamente relevantes é definida em função de um comportamento observado no doente e das alterações detetadas nos padrões fisiológicos e ou fisiopatológicos dos doentes. Os sintomas são descritos pelos doentes em função do seu grau de literacia e da competência que têm para atribuir significado às suas próprias experiências de saúde.

São dados referentes à doença, são dados referentes à pessoa, são a junção de todos (Código E\F\F e A OE).

Uma vez sentados à volta da secretária, alguém comentou que a senhora não tem visitas já há algum tempo. Foi então que a enfermeira comentou que a senhora tem dois filhos

esquizofrênicos e uma outra filha que é licenciada em filosofia que às vezes a vem visitar. Esta filha é uma senhora que já está reformada e tem um discurso que não é coerente com idade que tem (55 anos) mas é ela que tem andado a tratar da venda de uma casa que eles têm (Código B 1).

Observámos referências tanto a dados fisiopatológicos, assim nomeados por terem afinidade com a fisiopatologia, como a outros que nomeámos como vivenciais, por terem afinidade com a singularidade da experiência de saúde dos doentes. Sendo que os fisiopatológicos criam informação, passível de ser quantificada e qualificada porque são dados empíricos padronizados e formalmente descritos na literatura de referência.

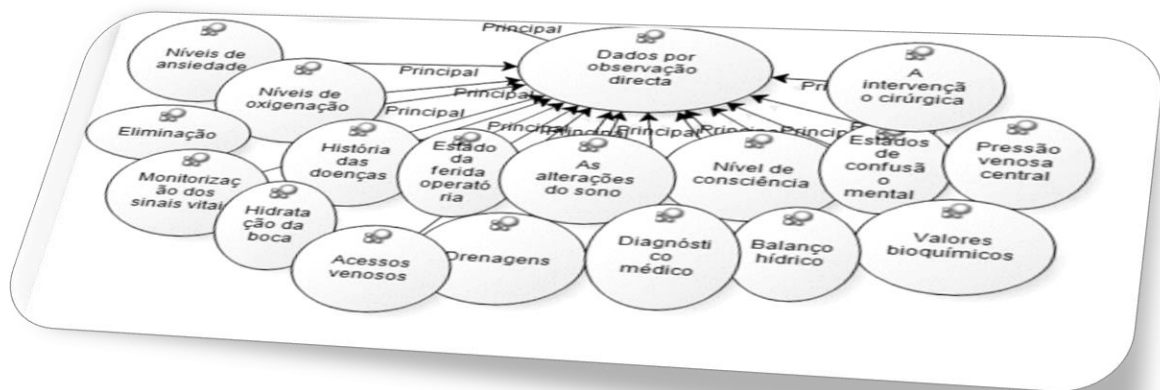
(...) quando reúno a história clínica eu considero tudo, a história pessoal do doente também, a forma de viver a vida, independente da situação de doença, tudo isso é importante, quando eu digo história clínica considero essa parte também, as coisas só têm valor se for no todo se for por partes não querem dizer nada. Isso são elementos de um puzzle, não fazem sentido, têm de ser todos conjugados para fazer o todo, tem de ser visto assim (Código E (2) \E\EP EO 1,2,3)

Os dados vivenciais, associados à experiência humana de saúde, criam informação qualitativa sustentada em princípios teóricos do cuidar. Os dados são identificados nas conversas com os doentes, sobre o seu modo de vida no **AMBIENTE DE CUIDADOS** e com se sentem em função da experiência que estão a viver. E são estes dados, que uma vez reconhecidos e validados pelos enfermeiros como relevantes, que induzem a decisões individualizadas (figura 14).

(...) nós geralmente transferimos o doente antes das visitas que é para o doente poder ter mais tempo com a família temos essa preocupação porque é uma preocupação que os doentes têm é das visitas limitadas (Código (2) \E\EP EO 1,2,3)

(...) coitada a situação que estava a viver naquele momento, é assim tinha recebido a notícia do acidente do marido e que lhe diziam que ele estava bem que ela não precisava de vir, mas que ela não estava lá bem sem o ver e que veio e chegou ali de momento e encara ali cheio de tubos (...) ao fim depois desabafou, ela própria desabafou sem eu perguntar nada e como eu conhecia a situação (Código E\F\OE1).

FIGURA 14 Dados clinicamente relevantes



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

Os dados e a informação são comumente reconhecidos como tendo o mesmo significado. No entanto, dados e informação representam duas entidades com relações de interdependência. A informação não existe sem dados e os dados sem informação são reconhecidos como pistas.

Nesta doente era importante os valores tensionais porque era uma doente que tinha estado a perder sangue, estava hipotensa e depois é relacionar as coisas umas com as outras, esta doente tinha tido uma hemorragia digestiva, estava com melenas perdia sangue estava hipotensa, mas aqui estava já hipertensa não podia ser relacionada com a situação (Código (2) \E\EP EO 1,2,3).

(...) toda a evolução clínica do doente, também o que nós observamos e os parâmetros vitais também nos dão muita informação clínica (...) é o conjunto de todos (Código E\F\F e A OE2).

Os dados, nomeadamente os sinais, são-lhes reconhecidos significados enquanto são observados. São interpretados em função do conhecimento concetual que o enfermeiro tem por conta da sua formação académica. Por exemplo o conceito de dor é –lhe atribuído significado em função das propriedades, tais como o local da dor, as diferentes características da dor (sensação de peso, aperto, desconforto, picada, formigueiro), o tempo de evolução e intensidade da dor, comportamentos associados, entre outras.

As primeiras observações com interpretação dão pistas para orientar a recolha de novos dados. Estas pistas também são tomadas como indicadores de referência para reconhecer as alterações dos próprios dados, ainda que elas sejam subtis. Os dados de um primeiro tempo de recolha são pouco consistentes, carecem por isso de consenso sobre eles. Mas estas primeiras interpretações, reconhecidas como pistas ou como indicadores, conduzem ao início do processo de transformação dos dados em informação.

Os dados surgem de forma sistemática, vindos de entidades consideradas idóneas. Uma vez, reconhecidas como úteis, são nomeadas como fontes. Quando a fonte é o doente, os dados começam de imediato a ser interpretados pelos enfermeiros, logo que entram no ESPAÇO DE CUIDADOS. E isso lhes permite pensar sobre a melhor decisão para minimizar o mal-estar.

Logo que assumiu os cuidados foi fazer aspiração de secreções do tubo endotraqueal. Porque estava a ouvir as secreções a ferver e também porque quando cheguei as vi no tubo endotraqueal (Código E OE1).

A distância da porta da entrada face às camas dos doentes é pequena, cerca de um a dois metros, por isso os enfermeiros sempre que aí chegam olham em silêncio, num giro circular para todos os doentes. Um olhar que procura dados para inferir sobre a condição do estado de saúde de cada doente. Observam a expressão facial, a postura dos doentes nas camas e os dados que estão registados nos monitores. Já no desenvolvimento do processo de cuidados, os dados são alvo de uma observação sistematizada, estratégica e com carácter preventivo.

(...) e o antecipamos muitas vezes o perguntarmos se está muito alta a cabeça é uma forma de muitas vezes anteciparmos e muitas vezes o olharmos o perguntarmos é uma forma de anteciparmos alguns incómodos alguns desconfortos que as pessoas possam ter (Código E\PP\PP EO1)

As estratégias para obter dados e informação com o doente são definidas em função da situação clínica, do conhecimento que os enfermeiros têm daquela pessoa e da informação que receberam previamente dos seus pares:

- Observam os dados e decidem questionar os doentes para validar a informação já veiculada pelos pares. Uma vez validada ela é de imediato enquadrada nas decisões e na recolha de novos dados;

- observam os dados e quando ainda não existe informação prévia, socorrem-se dos doentes para aferir a sua própria interpretação que é processada durante a observação;
- observam os dados, questionam e decidem, mas não esperam pela resposta, porque a pergunta é retórica. Ela é feita por ter um significado simbólico para o doente;
- numa observação já imbuída de informação que é incoerente com os dados que estão a ser recolhidos e o doente não reúne condições para responder, os enfermeiros decidem reavaliar, ponderam criteriosamente sobre os dados obtidos, e logo que lhes é possível procuram obter mais informação sobre a experiência de saúde do doente em causa.

A enfermeira aproxima-se de outro doente e pergunta-lhe se quer levantar a cabeça um bocadinho? Sem esperar pela resposta eleva a cabeceira, controla o manómetro do oxigénio e pede ao doente para ir respirando fundo (Código E\PP\PP EO1).

(...) ninguém visitou a senhora e é a importância de colher dados que se dela não conseguia colher, era para ver se mais alguém a conhecia que me desse mais informação, porque eu precisava de mais informação, havia ali uma lacuna (Código E (2) \E\EP EO 1,2,3).

Alguns dos dados recolhidos criam informação de natureza íntima e quando assim é são usadas novas estratégias. A recolha passa por uma conversa como se fosse um encontro entre duas pessoas⁵². É criada uma relação que vai crescendo e conquistando território numa dinâmica evolutiva. As palavras, apesar de não serem pré-determinadas, são usadas criteriosamente numa voz suave, com uma linguagem simples, não diretiva, e com uma proximidade física que é designada pelo antropólogo Edward Hall como “distância íntima afastada”. É uma distância que é tipicamente familiar e com a qual facilmente pode ser sentido o calor ou o odor do outro. É uma distância que exclui o contacto corpo a corpo, mas é apropriada ao contacto com a mão.

⁵² Estes encontros pressupõem que tanto o enfermeiro quanto o doente vivem a realidade de modo particular, ambos a interpretam e tomam decisões que não estão pré-determinadas, mas elas vão acontecendo passo a passo em função do necessário.

Neste modo de relação os enfermeiros consideram o ponto de vista do doente sem nunca discordarem dele de forma perentória ou se envolverem numa discussão despropositada. Tomam como boa prática pensarem e refletirem sobre o que conhecem do doente, assim vão dando espaço para a conversa e obtendo passo a passo mais dados e mais informação. As conversas expressam falas em interação.

Chamar-lhe conversas parece ser algo mundano que pode acontecer de forma aleatória, mas não é como parece. As falas representam uma forma de organização das interações. E as falas em interação ou conversas têm propriedades que as fazem diferir das entrevistas. Os tempos e os conteúdos das falas podem ou não ser pré-determinados, ao contrário das entrevistas na qual o entrevistador faz perguntas e o entrevistado responde, ou seja, cabe ao entrevistador perguntar e ao entrevistado cabe responder.

As conversas configuram sequências, significando isso que os participantes da conversa estão sistematicamente demonstrando a inteligibilidade da interação, i.e., cada um dos falantes leva em consideração o que o outro diz. E elas são passíveis de serem desencadeadas por um dos falantes enfermeiro ou doente, mas não são equivalentes e cada uma delas tem intencionalidade definida. O que significa que as falas são organizadas para uma função.

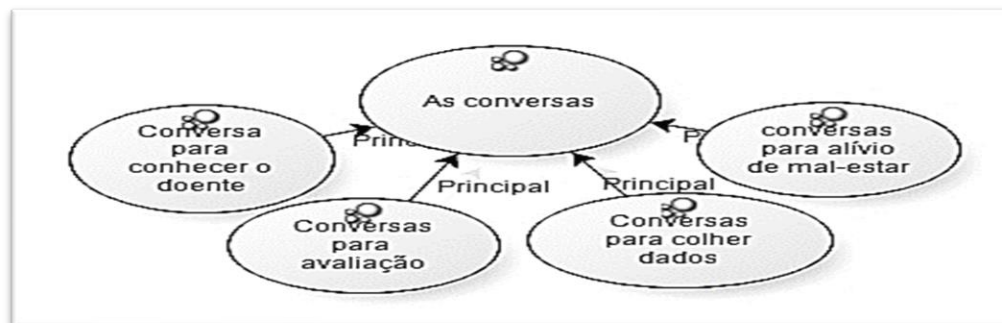
A enfermeira aproxima-se baixou ligeiramente a cabeceira da cama e pergunta se a doente se quer virar um bocadinho. A doente não quis mudar de posição e comentou “há bocadinho drenou muito! diz a doente e a enfermeira responde que tem de deitar tudo. Logo a seguir vai conversando com a doente sobre o seu desejo de um banho no WC (Código E PP\PP EO1).

Os participantes das conversas alternam nos papéis de falante e ouvinte. Porque estes conseguem projetar o final da ideia que está a ser veiculada e organizam-se para iniciar a sua vez de falar, por vezes já meta-comunicando.

A enfermeira fecha o resguardo da unidade e ouço-a conversando com o doente sobre a tosse; comenta sobre o facto de ser fumador. O doente diz que vai deixar de fumar ao que a enfermeira responde que “aqui ao lado há mais dois que dizem o mesmo”, verdade que um dos doentes do lado confirma (Código \E\F OE1).

As conversas, à semelhança das observações, também são usadas estrategicamente. Elas acontecem com objetivos específicos e por isso podem ser diferenciadas em função do seu conteúdo (Figura 15).

FIGURA 15 A natureza das conversas



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

As conversas podem ter como objetivo, envolver o doente numa intervenção; gerar conforto; recolher dados; dar informação aos doentes e ou familiares fazer AVALIAÇÃO DAS DECISÕES.

(...) penso que o doente não se sente tão mal e nós vamos conversando, e às vezes há doentes que até gostam imenso se pudessem depois nós nem abalávamos do pé deles sempre a conversar, eu privilegio esse momento (Código E \F\F OE1)

(...) é mesmo aproveitado esse tempo, já que nós estamos ali a prestar os cuidados de higiene tentar naquele momento nós colhermos alguma informação do doente porque para se houver alguma coisa que nós possamos ajudar também aí podemos intervir (Código E \F\F OE1).

Apenas o sr. (nome) teve visitas, e o enfermeiro esteve a conversar com a filha sobre a gravidade da situação clínica do pai. (Código FF O 4).

Nas conversas o modo como se fala também é intencionalmente definido. Há falas entre a equipa que informam o nível de risco do doente (voz categórica), outras falas dos enfermeiros com os doentes ou familiares informam sobre um prognóstico reservado (voz

calma e lenta), outras informam a intimidade da situação e outras ainda que utilizam o humor ou palavras meigas, que anunciam que vai haver cuidados que são dolorosos, tanto física como emocionalmente.

A enfermeira comentou, com uma voz categórica, com a colega e a médica que se encontrava no serviço, que a doente fez há um mês um enfarte com angioplastia (Código E \A\AP).

(...) vamos lá ver se hoje não está repassado vamos ver se não está a drenar, porque já estamos à espera que aconteça (Código E \E\EP).

(...) vamos lá ver como é que estamos aqui, e tocou na fralda que o doente usava (Código E \A\AP).

As falas só ganham o verdadeiro sentido como informação, quando indexadas ao contexto onde foram produzidas. Elas configuram uma linguagem que é própria do **AMBIENTE DE CUIDADOS**, porque têm significados de natureza clínica, que só são do conhecimento dos membros da equipa de cuidados. A diferenciação e a fluência das falas resultam do **CONHECIMENTO CLÍNICO** que o enfermeiro detém na sua área de saber.

São saberes que são, em parte, construídos no desenvolvimento do processo de cuidados. Os enfermeiros cartografam as situações de cuidados em que se envolvem, organizando-as em memorandos, que são sensíveis aos detalhes de cada doente. São as vivências pessoais destas situações e a sua cartografia que cristalizam com o tempo e fertilizam o **CONHECIMENTO CLÍNICO** dos enfermeiros, sobre o qual também conceptualizámos.

As conversas a que nos vimos referindo são auto fomentadas por um conjunto de razões práticas. Uma relacionada com a necessidade de ter mais informação, outras com a necessidade de dar informação aos familiares. Nestas conversas há um objetivo claro, mas sem uma estrutura pré-definida para o discurso. Não há uma preparação prévia, na qual toda a informação esteja pronta antes de falar. A transição do pensamento para o discurso ocorre passo a passo e em função da interação com o outro. Novos dados vão sendo incorporados no diálogo enquanto ele acontece e novos dados surgem na sequência da conversa.

Os familiares e os amigos dos doentes que os visitam representam fontes de dados, porque de forma recorrente conversam com os enfermeiros e dão indícios e sinais sobre os doentes tanto por via telefónica, quanto em presença quando são questionados. Quando os enfermeiros já reúnem um conjunto de dados sobre a situação do doente também conversam com os familiares para atenuar a sua insegurança e incerteza⁵³, objetivo que alimenta a própria conversa e dela se geram novos dados.

Pelas 19 horas (hora de visita) entrou o filho do senhor que ocupa a cama B. A enfermeira dirigiu-se a ele para lhe perguntar qual era a sua opinião sobre o pai” então como é que o acha” (Código \PP\PP EO2).

A enfermeira perguntou (dirigindo-se a uma visita de uma das doentes) se a senhora tinha família e qual era o seu nível de dependência em casa (Código \E\E).

O telefone tocou e a enfermeira interrompeu os cuidados para o atender. Ouviu-se a enfermeira dizer que a doente estava mais desperta relativamente a ontem, mantinha manchas nos pés, mas estava estável (Código (2) \E\EP EO 1,2,3).

Os enfermeiros estão sempre disponíveis para recolher novos dados nas diferentes fontes, porque isso lhes oferece segurança, e para fazer o registo escrito de quase todos os dados. Consideram que os registos são fundamentais para avaliar o processo de desenvolvimento clínico de qualquer doente. Eles permitem observar as sequências ou as relações entre os dados, que denunciam a estabilidade/instabilidade e/ou as flutuações destes.

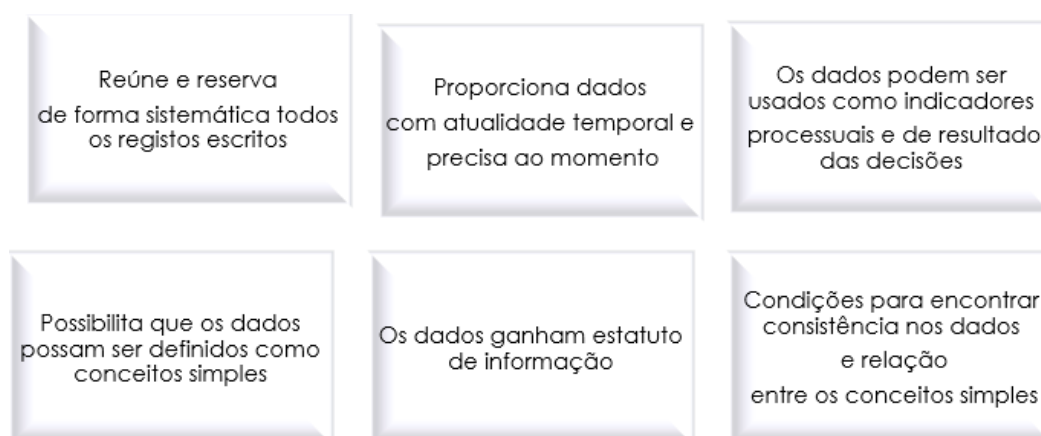
Na torrente de dados que vão surgindo alguns deles são reconhecidos como prioritários face a outros. Esta hierarquização de uns em detrimento de outros é feita com tanta mais sensibilidade, quanto mais informação o enfermeiro tem da condição clínica do doente. Processo que é facilitado pela informação reunida na BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO e pelo conhecimento que os enfermeiros possuem.

⁵³ Incerteza definida como um estado cognitivo resultante de pistas ou informação insuficientes com as quais se forma uma representação interna de uma situação ou um evento (Mishel, 1988).

CONCEITO BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO

A BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO é uma estrutura em suporte informático e suporte de papel, que reúne e reserva de forma sistematizada todos os registos escritos, sobre cada um dos doentes que está no ESPAÇO DE CUIDADOS (quadro 14).

QUADRO 14 PROPRIEDADES DA BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

Ela é útil porque facilita a transformação dos dados em informação privilegiada. A BASE DE DADOS não é de acesso livre, mas proporciona dados e informação com atualidade temporal e precisa ao momento. A cada 2 horas das 24 horas do dia os dados são objeto de registo, ou se o estado clínico do doente se agravar, os registos são feitos com intervalos menores.

Os dados e informação registada são usados como indicadores processuais e como indicadores de resultado das decisões. Apesar de ser recorrente e no campo das probabilidades esperar que a decisão tomada seja a correta, a resposta só pode ser percebida como tal, pela continuidade dos dados e da informação que vai fluindo ao longo dos dias na BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO.

A disponibilidade dos registos favorece a análise e uma reflexão sobre a informação privilegiada que vai sendo produzida, acerca da situação de cuidados de cada um dos doentes. Nesta análise alguns dos dados são aparentemente pouco relevantes, ou pouco

claros e ambíguos para criar informação privilegiada. Eles ficam disponíveis como fragmentos de informação, dispersos e singulares, porque num outro momento da situação clínica do doente esses dados podem ganhar sentido.

A BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO reúne condições para criar informação que pode ser reconhecida como clínica, porque os dados que a estruturam são, maioritariamente, clinicamente relevantes, para cada uma das situações de cuidados a que eles se referem. E, são assim classificados, porque descrevem o início e o curso do desenvolvimento dos sinais e sintomas, a natureza dos mesmos, a qualidade, a quantidade, a duração e o carácter cíclico ou intermitente desses dados. Informação que pode permitir fazer juízos clínicos sobre o desenvolvimento da situação clínica do doente e da respetiva situação de cuidados, seja ela no sentido evolutivo ou de agravamento.

(...) se nós já conhecemos os doentes quando estamos a passar o turno ao colega fazemos exatamente esses comentários “olha, mas ontem o doente estava assim ontem o doente fez isto, ontem fez estas frequências cardíacas ele teve estas tensões, teve baixo débito hoje já não tem, pronto (Código E F\F e A OE2).

A BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO permite que os dados possam ganhar estatuto de informação logo que estejam inseridos numa estrutura conceptual. Um determinado dado, que na sua dimensão objetiva e subjetiva, reúna um conjunto de propriedades estáveis, pode ser definido como um conceito simples. E este conceito simples é passível de ser relacionado com um outro conceito simples, em função da natureza de ambos ou das suas propriedades.

Assim, podemos dizer que a informação é uma estrutura de unidades, criada a partir do reconhecimento de um conjunto de conceitos simples e da relação que possa existir entre eles.

Nesta doente era importante os valores tensionais porque era uma doente que tinha estado a perder sangue, estava hipotensa e depois é relacionar as coisas umas com as outras, esta doente tinha tido uma hemorragia digestiva, estava com melenas perdia sangue estava hipotensa, mas aqui estava já hipertensa não podia ser relacionada com a situação (Código (2) \E\EP EO 1,2,3).

A D. (nome) tem sempre a SO₂ (saturação de oxigénio) a alarmar por valores elevados. Porque tem má perfusão periférica visível pela coloração e temperatura das extremidades. Para compensar deixamos as saturações elevadas (Código FF EO4).

Na BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO, a informação clínica criada passo a passo torna-se eficiente quando encontra consistência nos dados e na relação que existe entre os conceitos simples. A necessidade de sustentar a consistência dos dados e da estrutura estimula a procura de outros dados consistentes e fidedignos.

(...)e depois a pouco e pouco a gente vai construindo e vai retirando outros dados (Código (2)\E\EP EO 1,2,3).

Os enfermeiros também se confrontam com outras situações onde, aparentemente, não há conceitos que se ajustem. E quando assim é, eles fazem apelo às suas experiências anteriores. Tomam como referência situações clínicas que foram objeto de cuidados, com características semelhantes, e que ainda lhes são familiares por alguma razão. Perante o confronto com uma situação clínica ambígua e a memória de uma outra situação com dados clínicos semelhantes, os enfermeiros comparam as duas situações e ajustam a informação para decidir de forma pertinente face ao doente em causa.

A BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO é rica em informação clínica, e esta pode ser reconhecida como um instrumento heurístico, mas não como conhecimento. Informação e conhecimento são níveis diferentes da realidade. A relação entre estas entidades é da mesma natureza da relação entre dados e informação. Os dados correspondem à matéria prima da informação e da mesma forma a informação é matéria prima do conhecimento. Mas o conhecimento não é uma acumulação de dados ou informação, mas organização destes.

Falamos agora de um modo de conhecimento, que não é generalizável e necessita da informação clínica para ser credível, e com ele os enfermeiros poderem pensar na **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**. Os dados que analisámos permitem afirmar que é

um conhecimento que tem o seu núcleo no enquadramento da prática de cuidados e no quadro das interações, que são estruturadas em função de uma racionalidade clínica⁵⁴.

1.3. CONCEITO CONHECIMENTO CLÍNICO

O **CONHECIMENTO CLÍNICO** conjuga saberes ontológicos e epistemologicamente diferentes, necessários para apoiar a tomada de decisão no processo de cuidados.

ESTRUTURA DO CONCEITO CONHECIMENTO CLÍNICO

A sua estrutura igualmente bidimensional é apoiada pelos conceitos simples **CONHECIMENTO CONCEPTUAL** e **CONHECIMENTO PRÁTICO**. São eles que dão substância ao conceito em análise. Eles ligam-se como se fossem dois anéis que se ligam por um elemento chamado **raciocínio**. A estrutura não está dependente da normatividade científica, mas da complexidade de uma estrutura que é suportada por dois conceitos simples, conceptual e metodologicamente diferentes (figura 16).

FIGURA 16-Estrutura do conceito conhecimento clínico



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

⁵⁴ A racionalidade clínica é de natureza substantiva e é desenvolvida a partir de e em função de situações clínicas vivenciadas. A racionalidade clínica é uma explicação sustentável de uma abertura do pensamento à experiência e, também ao mundo exterior (Deshaies, 1992 p.65).

PROPRIEDADES DA ESTRUTURA DO CONCEITO CONHECIMENTO CLÍNICO

Estrutura dialógica, dinâmica, recursiva, integra a mudança, tem capacidade de se ajustar à realidade e é promotora de aprendizagem clínica.

É o raciocínio, assumido como teórico ou prático em função das questões em causa, que os torna unidos e mutuamente cúmplices por uma razão teórico-prática. Uma razão que se impõe, exigindo estratégias⁵⁵ e diferentes formas de raciocinar, para que as decisões possam acontecer sob a tutela da racionalidade clínica. Poder-se-á dizer que este é um método⁵⁶ que confere capacidade ao **CONHECIMENTO CLÍNICO** para lidar com a realidade da saúde. São duas formas que dependem do uso do CONHECIMENTO CONCETUAL ou do CONHECIMENTO PRÁTICO.

O raciocínio teórico relaciona toda a informação clínica com o conhecimento já formalizado para responder à questão “o que é” e o raciocínio prático relaciona toda a informação clínica com o conhecimento das características pessoais do doente, para responder às questões “o que fazer” e “como fazê-lo”. Por isso a estrutura do **CONHECIMENTO CLÍNICO** é permeável aos movimentos do raciocínio teórico e do raciocínio prático.

Dois modos de raciocínio que se distinguem tanto pelos meios que usam como pelos fins que os orientam. O raciocínio nomeado como teórico de natureza abstrata tem como fim organizar a informação reunida e relacionar dados para encontrar um padrão definido a partir da ciência.

O raciocínio é definido como prático quando relaciona um conjunto de ações que visam atingir um fim num dado tempo, e cuja finalidade é prevenir ou minimizar os efeitos das flutuações clínicas em cada doente. O raciocínio também se assume como prático quando

⁵⁵ Estratégias circunscritas por um conjunto de interpretações, interações e ações nas quais os enfermeiros parecem corporizar o pensamento.

⁵⁶ O método (cuja raiz etimológica grega é *odos* e significa “caminho”) é definido como um conjunto de regras que proporciona uma direção do pensamento. Serve de guia, mas não substitui a intervenção do sujeito (Deshaies, 1997 p. 126-128).

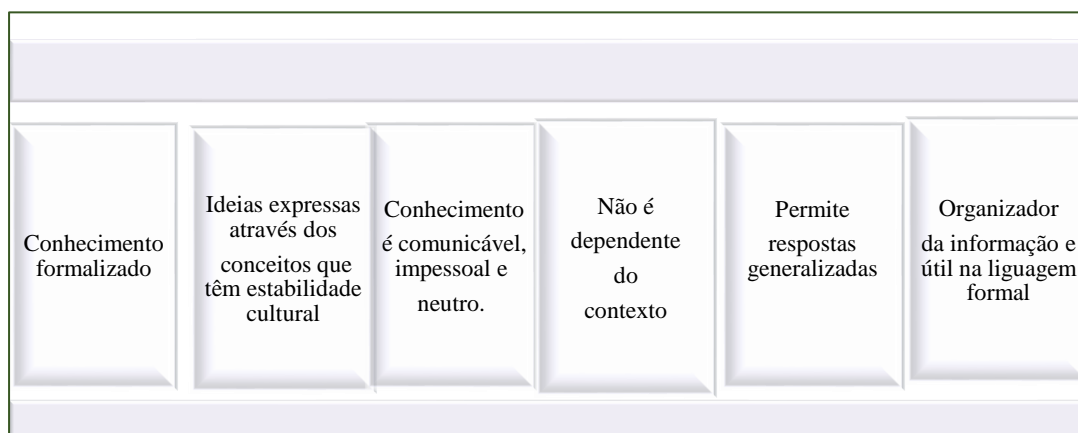
materializa as inferências do raciocínio teórico, definindo ações de cariz diferenciado e intencionalmente consensualizadas com os pares e o doente.

É nesta interface dos conhecimentos e dos modos de raciocínio que os enfermeiros desenvolvem o **CONHECIMENTO CLÍNICO**, que lhes permite interpretar e noticiar as alterações observadas e serem objeto de decisão.

CONCEITO CONHECIMENTO CONCRETUAL

Um elemento com propriedades para expressar as ideias sob a forma de conceitos formalizados (figura 17).

FIGURA 17 Propriedades do conhecimento concetual



FONTE: Magalhães & Lopes (2019)

É um conhecimento formado a partir de um raciocínio teórico, e por isso formalizado⁵⁷, cientificamente reconhecido como válido. Expressa as ideias através de conceitos cujas propriedades têm estabilidade cultural. Este conhecimento reúne um conjunto de atributos que o diferenciam de outras formas de conhecimento e em particular do conhecimento prático.

⁵⁷ Um conhecimento que resulta de um conjunto de ideias sistematizadas, consensualizadas e cientificamente reconhecidas.

O conceito simples CONHECIMENTO CONCETUAL é comunicável, especialmente no modo informativo, e por isso os enfermeiros apropriaram-se dele em contexto acadêmico no âmbito da sua licenciatura. É impessoal, neutro, independente de quaisquer ambientes de cuidados.

Utiliza uma terminologia específica e oferece respostas generalizadas, que podem ser repetidas. Mas não é explicativo nem é cumulativo, porque o desenvolvimento de um conceito é uma consequência de uma seleção de conhecimentos significativos, estáveis e operacionais, formalmente validados.

O conceito simples CONHECIMENTO CONCETUAL é organizador da informação, permite o reconhecimento de estruturas com atributos estáveis e permanentes, já concetualizadas. Condição relevante para fazer inferências dedutivas sobre a situação clínica do doente. E nas quais os enfermeiros depositam confiança. É pragmaticamente útil na linguagem formal e os enfermeiros usam-no com simplicidade e sobriedade, numa sucessão de momentos clínicos e em função de princípios teóricos e competências clínicas.

CONCEITO CONHECIMENTO PRÁTICO

Um elemento com propriedades para criar conhecimento não formalizado, a partir da experiência e do fazer refletido (figura 18).

Ele pode ser titulado como conhecimento porque gnosiologicamente é o resultado de uma interação que estimula processos mentais entre duas figuras, um sujeito (que conhece) e um objeto (que se deixa conhecer) coparticipantes no processo.

FIGURA 18 Propriedades do conhecimento prático



Fonte: MAGALHÃES & LOPES (2020)

Um conhecimento que incorpora crenças que têm um conteúdo representacional, incorpora atitudes, asserções e atributos dos doentes empiricamente observados. Os conceitos que nomeamos como espontâneos⁵⁸ são engendrados na partilha de ideias que acontecem no quotidiano dos enfermeiros, e são essencialmente práticos e subjetivos.

Eles são perceptíveis nos processos de desenvolvimento dos cuidados. Os seus atributos, não têm uma reconhecida estabilidade no tempo, e estão expressos na quantidade de dados ou informação recolhida, na qualidade da interação, na natureza das conversas, no espaço e no tempo onde acontecem as DECISÕES DE NÍVEL II sobre as melhores estratégias para realizar as intervenções.

O CONHECIMENTO PRÁTICO emerge a partir do processo sistemático de conhecer, e da reflexão sobre as diferentes realidades clínicas dos doentes que são objeto de cuidados. Não havendo repetições de comportamentos são, no entanto, experiências que aumentam o **CONHECIMENTO CLÍNICO** dos enfermeiros.

A atribuição de significado às diferentes vivências acontece no contínuo das interações do processo de cuidados. No espaço das interações os enfermeiros tomam como referência algumas das experiências, que foram marcantes no seu desempenho profissional. Todas

⁵⁸ Os conceitos espontâneos desenvolvem-se, no âmbito da sua construção, em direções opostas aos conhecimentos científicos. Os espontâneos desenvolvem-se num sentido “ascendente”, porque o seu significado vai adquirindo sentido conforme o indivíduo vai construindo paulatinamente a sua relação com o conceito (Vygotsky, 2008).

aquelas que lhes exigiram grande envolvimento e compromisso, mas que também foram promissoras de conhecimento.

O CONHECIMENTO PRÁTICO é criado por cada enfermeiro, a partir da sua própria experiência de contacto com as diferentes manifestações dos doentes e os respetivos cuidados realizados à data. A experiência sensível observa realidades singulares. Os enfermeiros relacionam as realidades singulares de uns doentes com as realidades de outros e retêm o que nelas há de específico e de comum. E isso também lhes permite falar com propriedade sobre o padrão de comportamento dos seus doentes, no âmbito da vivência da doença.

Este conhecimento também é criado quando os enfermeiros relacionam, com a coerência necessária para lhes atribuir significado, fragmentos de informação, singulares, dispersos e oriundos de diferentes fontes. Neste enquadramento eles reconhecem as diferenças no comportamento do doente, por comparação com outros tempos clínicos do doente e/ou outras situações de cuidados com o mesmo doente.

O CONHECIMENTO PRÁTICO requer aprendizagem experiencial ⁵⁹ para ser adquirido e percebido. As experiências vividas com os doentes, representam uma apropriação de conhecimentos, que são relevantes nos processos de **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**. Conhecer os doentes é uma inevitabilidade, mas também uma finalidade do conhecimento prático, conseguida através de um processo sistemático de conhecer, interpretar e atribuir significados às experiências vividas. Este conhecimento é adquirido, à medida que os enfermeiros vão desenvolvendo uma sensibilidade cada vez mais esclarecida, para as pequenas e subtis diferenças das realidades clínicas em cada doente.

Não me pareceu bem os dados que o monitor dava também e tudo aquilo que estava ali a olhar neste momento. Não era a mesma pessoa, tinha agravado o estado geral. (Código (2) \E\EPEO 1,2,3).

⁵⁹ O processo de aprendizagem experiencial gera uma memória narrativa do conteúdo, bem como questões clínicas e éticas que estão relacionadas com a vivência emocional da situação que foi significativa no contexto em que foram aprendidas (Benner, 2011).

O CONHECIMENTO PRÁTICO também pode ser reconhecido por uma associação de propriedades que no seu conjunto o caracterizam. É um conhecimento particular e singular. Ninguém pode aprender a experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo vivida e tomada também como sua. É finito porque está ligado à experiência de cada enfermeiro ou da sua equipa de cuidados. É essencial na estrutura do conhecimento clínico, mas é indeterminado.

O CONHECIMENTO PRÁTICO é contextual porque as situações clínicas são diferenciadas em função dos tempos de evolução, da faixa etária dos doentes e dos contextos clínicos. É sistemático porque resulta de dados organizados. Os dados fluem de forma sistemática, transformam-se em informação e em conhecimento, que só é acessível a um grupo restrito de profissionais no campo da saúde.

É heurístico⁶⁰ porque é exigido que ele seja o conhecimento de primeira linha na ação. Mas é também este conhecimento que é indutor e promotor da continuidade do processo de cuidados, apesar de ser falível e carecer de atualização e proximidade com os ambientes de cuidado.

O CONHECIMENTO CONCETUAL e o CONHECIMENTO PRÁTICO são elementos que estruturam o **CONHECIMENTO CLÍNICO** e nessa condição estão ambos presentes em todo o processo de cuidados. Este modo de conhecimento é por excelência o recurso do raciocínio para interpretar e relacionar os dados e a informação clínica para tomar decisões.

O **CONHECIMENTO CLÍNICO** está incorporado de tal forma no processo de cuidados que nos faz acreditar que as decisões resultam de uma interação direta com a informação. Mas a análise dos dados revela que não é assim. Este **CONHECIMENTO CLÍNICO** é utilizado para identificar, formular juízos e criar informação clínica para a **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**.

⁶⁰ O conceito de heurística é entendido como a substituição de atributos, de modo que elementos omissos ou em falta sejam substituídos por outros, que sejam de domínio prévio das pessoas (Kahneman, 2003).

1.4 CONCEITO TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA

A **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** é uma entidade que elege as ideias, as ações e noticia o impacto destas, a partir de uma dinâmica de cooperação e solidariedade de quatro conceitos, que se definem como uma unidade global.

ESTRUTURA DO CONCEITO TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA

A estrutura agrega dois níveis de decisão e um nível de avaliação da decisão para fazer as melhores escolhas, tanto na essência, como no modo, no tempo, no espaço e na adequação das mesmas aos resultados esperados numa dada pessoa (figura 19).

FIGURA 19 Estrutura do conceito tomada de decisão clínica



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

PROPRIEDADES DA ESTRUTURA DO CONCEITO TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA

Estrutura flexível, dinâmica, recursiva com reciprocidade, movimento sistemático de auto-organização e com potencial para gerar aprendizagem clínica

Esta estrutura é sustentada nos conceitos simples **DECISÃO DE NÍVEL I**, **DECISÃO DE NÍVEL II** e **AValiação DA DECISÃO**. Os três conceitos têm propriedades diferentes que se complementam entre si, todos têm a mesma configuração e são responsáveis por agir sobre o mesmo fenómeno. E são indissociáveis, uns não existem sem os outros e nenhum dos níveis é redutível a outro. Entre eles existe uma cumplicidade mútua, sem que se fragilizem ou depreciem uns aos outros. E apoiam-se mutuamente, com uma necessidade permanente uns dos outros. Os conceitos são correlativos havendo um, há os outros. E entre eles não há uma sequência linear. Há sim uma relação de reciprocidade recursiva entre os três conceitos simples.

Toda a estrutura da **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** dos enfermeiros é sustentada por um raciocínio dedutivo, indutivo ou analógico. São formas de raciocínio que não se excluem mutuamente, integram-se nela, quer de modo sucessivo acompanhando cada passo do processo de cuidados, quer simultaneamente, quer como formas correlativas.

A **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** acontece em todos os domínios do processo de cuidados. Na interação com os doentes, na interação com a restante equipa, na recolha de dados, no diagnóstico e vigilância do doente e nas diferentes intervenções sejam elas no domínio do bem-estar e conforto, gestão dos cuidados, administração e vigilância da terapia farmacológica, na supervisão das visitas, supervisão clínica e não só, ou nas diferentes estratégias realizadas com os doentes e a sua estrutura familiar.

E nestes domínios a **INFORMAÇÃO CLÍNICA**, o **CONHECIMENTO CLÍNICO** do enfermeiro, o **ESPAÇO DE CUIDADOS**, o tempo e as relações interpessoais da equipa de cuidados conferem mais ou menos complexidade às necessárias decisões, independentemente dos níveis de competência dos enfermeiros.

No **AMBIENTE DE CUIDADOS** a **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** tem como função primordial prevenir, minimizar e/ou corrigir adversidades clínicas. E os enfermeiros têm consciência que as suas decisões envolvem riscos e afetam diretamente o processo de cuidados e a vida dos doentes e da equipa.

Por não conseguir tranquilizar o doente a enfermeira telefonou para o médico de serviço, mas sem qualquer resultado. Pouco depois telefonou para o anestesista de serviço e este acedeu à solicitação da enfermeira por insistência desta e compreender a situação difícil em que esta se encontrava, segundo o mesmo afirmou (Código EO exit.).

Estava aqui a senhora e cada um que vinha falava-lhe do Henrique (o bebé), ela ainda só o tinha visto quando ele nasceu, e eu, depois de perceber que ela tinha condições para a poder levar ao filho, peguei numa cadeira de rodas e levei-a, embora com algum receio. Mas correu tudo bem (CódigoTTEO2;2).

A enfermeira preparou a medicação e nesta preparação ficou com dúvidas sobre a prescrição da dosagem do potássio. Consulta o processo, observa as análises e telefona ao cirurgião de serviço. Diz-lhe o valor analítico do potássio e pergunta-lhe se quer que o doente continue a fazê-lo (CódigoTTEO2;4).

No olhar comum não há dois níveis de decisão, porque em geral as decisões são agilizadas por um enfermeiro que começa por decidir o que é, e o que deve ser feito, logo de seguida decide como o faz e num terceiro tempo legitima-as avaliando e noticiando o seu impacto, seja ele qual for. Os diferentes níveis de decisão acontecem quase em sincronia e por isso são pensados por outrem como se houvesse um só nível.

Mas também pode haver DECISÃO DE NÍVEL I por parte de um dos enfermeiros e ser agilizada por outro ou outros, que decidem sobre o melhor modo de a pôr em curso, ou seja a DECISÃO DE NÍVEL II, que uma vez assumida pode também ser continuada por outro ou outros enfermeiros. Por exemplo quando as drenagens de uma ferida operatória extravasam sobre a pele circundante os enfermeiros decidem aplicar um saco coletor a fim de conseguirem manter os pensos da ferida secos e a pele circundante íntegra. Em situações como esta, a DECISÃO DE NÍVEL I é aceite pelos pares e passam à DECISÃO DE NÍVEL II até que haja uma AVALIAÇÃO DA DECISÃO que a faça interromper ou suspender.

No discurso dos enfermeiros há referências explícitas ao conteúdo da DECISÃO DE NÍVEL I tais como: “nós monitorizamos logo”; “nós algaliamos; “nós fazemos o desmame”; “nós fazemos o penso”; nós mobilizamos o doente”; “nós administramos o SOS”, entre outras nomeadas como “pequenas coisas”

e todas estas pequenas coisas do arranjar a cabeça ou se tem sede eu acho que são coisas que podem ser evitadas porque são desconfortos que, no fundo, são coisas simples de resolver e que muitas vezes se nós não nos anteciparmos vão-se prolongar e depois do desconforto passa para a dor que é uma situação muito mais aflitiva não é, e que terá outro tipo de intervenções que não justificam (Código\PP\PP EO1;3).

Ainda que algumas das decisões sejam nomeadas como “pequenas coisas” no sentido de elas serem simples e serem desenvolvidas por antecipação a afirmação é falaciosa. É exatamente porque há decisões de natureza preventiva, ainda que aparentemente simples, que é possível minimizar o risco ou mesmo impedir que haja adversidades clínicas. As “pequenas” decisões também envolvem riscos, porque não há certezas sobre o impacto das mesmas.

Diariamente e de forma sistemática os enfermeiros são confrontados com a obrigatoriedade de serem rápidos a tomar decisões, ao mesmo tempo que são confrontados com outras solicitações. E as decisões não são aleatórias nem são inocentes, e umas são bem-sucedidas outras nem tanto, apesar da existência de PARECERIAS DE DECISÃO CLÍNICA. Haver uma decisão menos bem-sucedida é uma realidade com potencial, uma vez que todas as decisões acontecem dentro do ESPAÇO DE CUIDADOS no **AMBIENTE DE CUIDADOS**.

Este ambiente é por natureza complexo dados os atributos de um qualquer cuidado, e o número de interações que ali acontecem associadas às diferentes dinâmicas clínicas dos doentes. No espaço de vinte metros quadrados os enfermeiros envolvem-se nas diferentes situações de cuidados, em consequência disso observam-se muitas retroações encadeadas umas nas outras, que podem comprometer o discernimento para a **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** adequada.

Sempre que surge um novo evento no ESPAÇO DE CUIDADOS sem previsão antecipada, o risco de haver uma má decisão ou não haver decisão por esquecimento, aumenta. Para minimizar estes riscos a equipa de cuidados é previamente informada da chegada de um novo doente. Mas dentro do próprio ESPAÇO DE CUIDADOS também acontecem eventos inesperados, ou seja, agravamento da situação clínica de um dos doentes, o que, só por si, confronta os enfermeiros com a proficiência do seu desempenho, face à necessidade de tomar **DECISÕES DE NÍVEL I** e **DECISÃO DE NÍVEL II** ainda mais rápidas e legitimadas pela **AVALIAÇÃO DAS DECISÕES** que têm que ser clinicamente úteis.

Neste ESPAÇO DE CUIDADOS, a gravidade das situações clínicas dos doentes aumenta o sentimento de insegurança e incerteza dos enfermeiros. Principalmente quando há uma situação inovadora e há pouco conhecimento sobre a situação em causa, ou há decisões precipitadas por excesso de confiança.

Diziam que ele estava muito desorientado, eu não o achei nada desorientado estava a achá-lo muito revoltado, revoltado de não ver a médica, não dormir, uma conjugação aqui de fatores perigosa para ele, para já estarmos a estigmatizá-lo que ele era um doente agitado, desorientado e confuso e eu não o achei nada confuso, achei foi revoltado (Código\EE\EP).

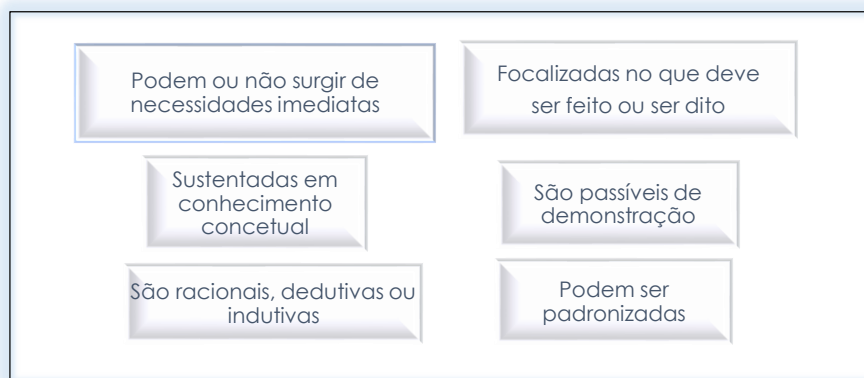
Os três conceitos simples e as respetivas propriedades podem ser pensados como elementos auto- reguladores da **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** A DECISÃO DE NÍVEL I é responsável por eleger o que é ou que deve ser feito ou ser dito. A DECISÃO DE NÍVEL II escolhe o curso da ação, ou seja, o modo de fazer ou de dizer, o tempo que é adequado para dizer ou não dizer e/ ou para fazer algo ou não fazer.

Toda a decisão tem uma componente de oportunidade, ou seja, ela tem a pertinência e a eficácia esperada se for realizada num determinado tempo. A AVALIAÇÃO DA DECISÃO tem a responsabilidade de aferir e legitimar, ou não, o impacto dos anteriores níveis de decisão.

CONCEITO DECISÃO DE NÍVEL I

A DECISÃO DE NÍVEL I é o elemento da tomada de decisão que faz escolhas clinicamente racionais à luz da racionalidade científica (figura 20).

FIGURA 20 Propriedades da decisão de nível 1



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

Este nível objetiva decidir o que fazer tanto a priori do confronto com o doente quanto no momento. E a decisão surge de uma necessidade, mais ou menos imediata, face à **INFORMAÇÃO CLÍNICA** reunida. Utiliza como recurso o raciocínio dedutivo e/ ou o indutivo. As decisões tomadas por dedução são reconhecidas como mais seguras para quem decide. Muito embora este modo de raciocínio seja rigoroso, à custa da sua redundância e esterilidade.

Para compreender de forma mais alargada as situações clínicas e respetivas situações de cuidados, os enfermeiros utilizam um raciocínio indutivo apoiada pelo conhecimento clínico. Eles tomam como referência a informação clínica, a história da doença e do doente e os seus recursos, e a partir da síntese desta informação tomam uma **DECISÃO DE NÍVEL I**.

Na **DECISÃO DE NÍVEL I** o enfermeiro orienta-se por princípios teóricos e conhecimento concetual para decidir. Por exemplo, uma doente internada na unidade de cuidados intermédios em período pós-operatório, não tem qualquer dor ou mal-estar e a doente diz sentir-se bem, tem uma perfusão venosa em curso, os sinais vitais estão normalizados e passadas oito horas do ato cirúrgico não tem eliminação vesical. A observação e interpretação destes dados requerem uma decisão, uma vez que o enfermeiro tem conhecimento dos riscos que esta situação comporta, ainda que não haja objetivamente manifestações da doente ou sinais clínicos de risco.

Perante os dados ele pode decidir aumentar o débito do perfusão que está em curso; decide observar se a doente tem globo vesical; decide procurar os valores analíticos; decide obter mais informação sobre o passado clínico da doente, decide chamar o médico; decide fazer um cateterismo vesical à doente. De entre este leque de decisões o enfermeiro tem de escolher a mais adequada, embora teoricamente todas pudessem estar corretas.

As decisões neste nível são passíveis de demonstração e socorrem-se de princípios teóricos do bem-estar e conforto, do autocuidado, da anatomofisiologia, da fisiopatologia, da assepsia, da hemodinâmica, da segurança, da analgesia e da farmacocinética.

No nível I as decisões têm potencial para serem padronizadas porque em geral obedecem a princípios gerais. E é a partir destes princípios que os enfermeiros decidem o que fazer ou dizer, convictos de ser a melhor decisão.

O doente foi logo monitorizado porque tinha acabado de fazer o desmame do oxigénio e podia acontecer que tivesse dessaturado com a tosse e com o esforço das mobilizações (Código F\F OE1;1).

A doente tem sempre a SO₂ a alarmar por valores elevados. (Porquê?) Porque tem má perfusão periférica visível pela coloração e temperatura das extremidades. Para compensar deixamos as saturações elevadas (OEE ext).

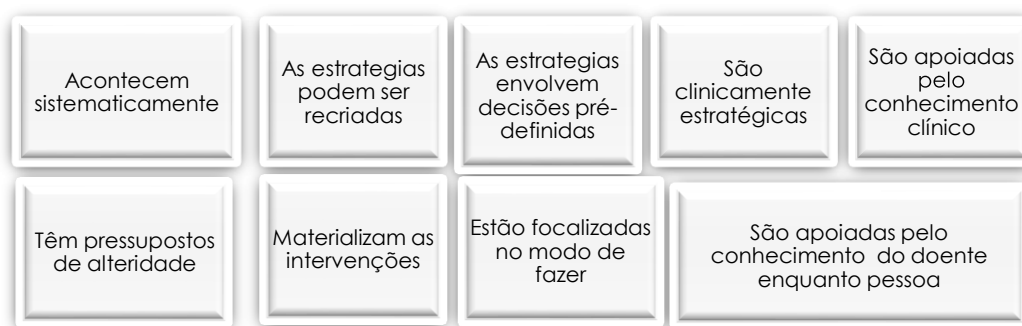
(...) eu até se é valor muito baixo de hemoglobina nem espero que o médico chegue, telefono-lhe e alerto-o para isso; os outros valores já não são tão relevantes para nós agirmos logo ali na altura. Para nós podermos agir logo ali na altura é por isso que eu faço isso (Código F\F e A OE2;2).

(...) são três intervenções que deviam estar relacionadas com alguma saturação se calhar eu olhei se calhar eu vi que ele estava com saturações mais baixas e então elevei a cabeceira para permitir uma melhor expansão controlei o oxigénio e pedi para ele ir respirando fundo é o que eu penso daqui porque já não me lembro, mas pelo raciocínio é esperado este comportamento (Código PP\PPEO1;9).

CONCEITO DECISÃO DE NÍVEL II

A DECISÃO DE NÍVEL II é o elemento que faz escolhas sobre o curso das ações à luz da racionalidade clínica (figura 21).

FIGURA 21 Propriedades do conceito decisão de nível II



Fonte: MAGALHÃES & LOPES (2019)

Estas decisões materializam a intervenção, e em resultado delas há alterações na situação clínica dos doentes, que podem ou não remeter para nova DECISÃO DE NÍVEL II ou DECISÃO DE NÍVEL I em função do impacto que as decisões tiveram no doente. Os dois níveis de decisão estão em sintonia, ainda que eles não aconteçam numa sequência contínua e linear. Ao contrário das DECISÕES DE NÍVEL I, nem sempre as DECISÕES DE NÍVEL II são completamente passíveis de demonstração, dado o seu caráter de singularidade.

No nível II as decisões são clinicamente estratégicas porque só elas podem ajudar a avançar no incerto e no aleatório, com o apoio do conhecimento clínico e do conhecimento do doente, ou seja, de um conhecimento integrado, expresso na figura 1. As estratégias, dirigidas a um fim, representam um conjunto de ações e interações flexíveis. A sua flexibilidade permite que no decurso da ação, após a decisão inicial possam surgir imprevistos, que levam à reformulação da estratégia e com isso novas ações decisivas.

A enfermeira decidiu ir preparar nova perfusão e colocou-a em curso. No espaço que mediou a mudança da perfusão o doente começou a ficar mais desperto e a mobilizar os braços de forma não consciente. Por não conseguir tranquilizar o doente decidiu

telefonar para o médico de serviço, mas sem qualquer resultado decidiu telefonar para o anestesista de serviço (OEE ext1).

Na unidade de cuidados intermédios os enfermeiros socorrem-se de diferentes estratégias que nomeámos como estratégias de levante; estratégias de mobilização dos doentes; estratégias respiratórias; estratégias educativas; estratégias de transferência; estratégias de prevenção; estratégias de desmame; estratégias de aproximação; estratégias de gestão da ansiedade; estratégias de cateterização; estratégias de administração de fármacos; estratégias de assepsia e estratégias de resolução de problemas. Todas elas envolvem ações que estão pré-definidas, mas podem ser recriadas em função do doente e com o doente em causa.

Neste nível as decisões também se apoiam na sensibilidade dos enfermeiros. Eles criam um ambiente de intimidade, conforto e envolvimento que lhes permite pedir aos doentes que cooperem no desenvolvimento das estratégias. Fazem-no, de forma consciente tanto no modo como no tempo.

(...) cria-se mesmo tipo um acordo vamos tentar se não resultar voltamos a colocar como estava e isto para o doente é importante (Código F\FOE3;2).

Vai informando o doente das ações que vai realizando e ao mesmo tempo estimulando a sua participação (Código E\EP EO 1,2,3;6).

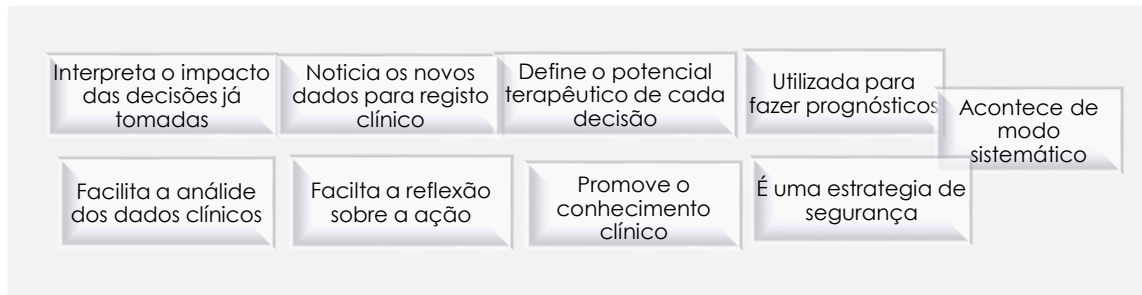
(...) se resultar tudo bem se não resultar eles já ficam com um pré-aviso e é assim olhe vamos voltar a pôr a máscara, mas no fundo ele já fica é como um pré-aviso já fica melhor, acho que há uma aceitação quando há esta partilha e quando há estas informações (Código E\EP EO 1,2,3;16).

A DECISÃO DE NÍVEL II é recriada com base num raciocínio analógico, desenvolvido a partir das observações, das experiências e acontecimentos anteriores, que tiveram os resultados que nesta nova situação são esperados. Um modo de raciocinar apoiado pelo **CONHECIMENTO CLÍNICO** e pelo conhecimento do doente. Os enfermeiros apesar de estarem conscientes que toda a decisão tem consequência que envolve riscos, sentem confiança nas inferências que fazem a partir das avaliações das suas decisões, e reconhecem-nas como a solução dos problemas.

CONCEITO AVALIAÇÃO DA DECISÃO

AVALIAÇÃO DA DECISÃO é o elemento que interpreta as mudanças generativas dos dois níveis de decisão e noticia o impacto das mesmas (figura 22).

FIGURA 22 Propriedades do conceito avaliação da decisão



FONTE: Magalhães & Lopes (2020)

No âmbito do processo de cuidados as decisões são avaliadas por um elemento estruturante da **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**, o terceiro conceito simples AVALIAÇÃO DA DECISÃO que é parte integrante da estrutura que acompanha as decisões que vão sendo tomadas, tanto de nível I como de nível II. Condição que permite aferir o impacto das decisões e acaso seja necessário podem ser alteradas.

É estruturante e importante que as decisões tenham AVALIAÇÕES DAS DECISÕES porque é o resultado da decisão naquilo que ela é e no modo como é realizada, que define o um maior ou menor sucesso terapêutico. A mesma decisão pode ter impactos diferentes nos diferentes doentes, ou até num tempo diferente no mesmo doente. E este impacto pode depender do tempo em que ela foi posta em curso, do modo como foi desenvolvida ou das idiosincrasias de cada doente ou ainda das próprias decisões.

Por exemplo fazer o levantar do doente, da cama para o cadeirão que ladeia a cama, pode ter consequências adversas se o enfermeiro na sua DECISÃO DE NÍVEL I não tiver em consideração a informação clínica necessária para o fazer. Mas também pode acontecer que o primeiro nível de decisão seja o adequado, e o segundo nível de decisão não o seja.

E assim sendo o impacto já não é clinicamente satisfatório. Um outro exemplo está relacionado com a administração de um dado medicamento que tinha sido prescrito, que

à semelhança de outras decisões, também pode ter impactos diferentes em pessoas diferentes; e neste caso pode não ser apenas a DECISÃO DE NÍVEL II que estava em causa, mas também a DECISÃO DE NÍVEL I.

Os enfermeiros são sensíveis aos sinais e sintomas que espelham a condição de doença, mas também às vivências que a ela se associam. Motivo pelo qual se envolvem em decisões de outra natureza

Aquele doente é o que está menos bem. É uma situação que tem estado complicada, o doente tem 74 anos, teve de ser re-operado, continua com grandes drenagens (Código \PP\PP EO1; 2)

Também fez uma avaliação rápida dos resultados analíticos que tinha disponível (Código \F\F e A OE2; 1).

(...) através dos sinais vitais nós vimos se há alteração a nível da tensão arterial, do pulso embora o doente possa estar estável no turno da manhã nós quando entramos temos de ter logo a noção do que se passa, até pode haver uma alteração (Código \A\A E O 1; 1).

Há AVALIAÇÕES DAS DECISÕES que andam a par e passo das decisões, pela fragilidade e incerteza do estado clínico do doente, do tempo para decidir, da insegurança do enfermeiro, de pouca informação e conhecimento do doente. Neste sentido a AVALIAÇÃO DA DECISÃO representa uma estratégia de segurança, tanto para o enfermeiro como para o doente.

E não sendo possível ou pertinente avaliar o impacto imediato, os enfermeiros mantem-se atentos para reconhecerem e avaliarem os sinais e sintomas que resultam das decisões previamente tomadas. Estas AVALIAÇÕES DAS DECISÕES são feitas com um intervalo de tempo sistematizado, definido em função da gravidade da situação clínica do doente e da natureza das decisões

(...) para estarmos sempre a vigiar o doente, mesmo durante os cuidados de higiene, agora um doente que está estável em termos de parâmetros vitais não é nós de monitorizamos é mais fácil e até às vezes mudamos os eléctodos e esses cuidados todos. Logo após isso, eu monitorizo logo (Código\FF OE1)

A necessidade de AVALIAÇÃO DA DECISÃO num modo sistemático é relevante porque permite não só estabelecer mini metas para poderem ser alcançadas a curto prazo, mas

também uma reflexão sobre a ação. Uma vez que o impacto pode estar relacionado com o tempo em que a decisão foi posta em curso, com o modo como foi desenvolvida ou com as idiossincrasias de cada doente ou ainda da própria decisão que foi tomada.

Por exemplo deixar o doente beber água pode ter consequências adversas se o enfermeiro na sua DECISÃO DE NÍVEL I não tiver em consideração a informação clínica necessária para o fazer.

Mas também pode acontecer que o primeiro nível de decisão seja o adequado, e o segundo nível de decisão não o seja. E assim sendo o resultado já não é clinicamente adequado, mas dada a sistematização da AVALIAÇÃO DA DECISÃO procedem às devidas alterações. Um outro exemplo está relacionado com a administração de um dado medicamento que tinha sido prescrito, à semelhança de outras decisões também pode ter impactos diferentes em pessoas diferentes; e neste caso pode não ser apenas a DECISÃO DE NÍVEL II que estava em causa, mas também a DECISÃO DE NÍVEL I pode necessitar de ser alterada.

A AVALIAÇÃO DA DECISÃO é uma análise do impacto das decisões por comparação dos dados atuais com aqueles que vinham sendo noticiados e registados. No entanto quando a AVALIAÇÃO DA DECISÃO acontece no imediato, o impacto não é avaliado por comparação, mas sim pela forma como o doente reage à DECISÃO DE NÍVEL II.

Não havendo AVALIAÇÕES DAS DECISÕES também não há DECISÕES DE NÍVEL I e nível II uma vez que a **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** só é reconhecida quando observada como um todo. São as AVALIAÇÕES DAS DECISÕES que expressam os resultados que podem ser mensuráveis e avaliar a competência dos enfermeiros ou quantificar o valor financeiro de um processo de cuidados. A não existência de resultados e respetivos registos é interpretado como uma não **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** ou mesmo como uma situação de negligência.

Por isso os enfermeiros permanecem numa vigília contínua não só pelo motivo acima enunciado, mas também sob pena de não conseguirem em tempo útil avaliar sinais subtis que podem prevenir agravamentos. Uma dinâmica que lhes dá um melhor conhecimento da evolução/ agravamento do estado do doente. Os enfermeiros são particularmente sensíveis à observação dos sinais e sintomas que espelham a condição de doença, mas

também às vivências que lhe estão subjacentes e visíveis nos comportamentos dos doentes.

(...) olha, mas ontem o doente estava assim ontem o doente fez isto, ontem fez estas frequências cardíacas ele teve estas tensões, teve baixo débito hoje já não tem pronto vamos comparando avaliando vamos avaliando a evolução do doente (Código \F\F e A OE2; 4).

(...) e através disso é que nós vamos construindo a nossa opinião vamos fazendo a nossa avaliação também (Código \F\F e A OE2; 7).

através dos sinais vitais nós vimos se há alteração a nível da tensão arterial, do pulso embora o doente possa estar estável no turno da manhã, nós quando entramos temos de ter logo a noção do que se passa, até pode haver uma alteração (Código \A\A E O 1; 1).

(...) coitada a situação que estava a viver naquele momento (...) chegou ali de momento e encara o marido ali cheio de tubos e aquilo a senhora ficou um bocado pronto (...) como eu tinha estado a falar com a senhora depois desabafou, ela própria desabafou sem eu perguntar nada (Código \F\F OE1;3).

Eles relacionam a informação clínica já registada e os dados que vão sendo gerados, vão interpretando e reinterpretando sistematicamente o nível de evolução/involução, em função do tempo de interação que têm com o doente. Através deste raciocínio formam os seus prognósticos, sentem confiança para sugerirem a transferência dos doentes quando isso lhes é solicitado, falando de forma enfática da avaliação continuada que fizeram do doente. Nos encontros de secretária falam do impacto das decisões como um processo continuado que lhes permite ir fazendo comparações, falando delas sem que as nomeiem como tal.

Os quatro conceitos que descobrimos, nas ações e interações que os enfermeiros realizaram, no desenvolvimento das suas práticas de cuidados, reúnem condições para se relacionarem entre si e criarem uma teoria fundamentada objetivista, que permite compreender o processo como um todo, de forma transparente e explícita. Podemos fazer esta afirmação dada a natureza da linha metodológica que seguimos e do método da teoria fundamentada que nos impôs critérios de análise que nos coadjuvaram na originalidade credibilidade para desenvolver a teoria.

2 - ESTRUTURA DE UMA TEORIA SUBSTANTIVA

Uma teoria de enfermagem pode ser definida como um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática de cuidados (Tomey & Alligood, 2004). “Uma teoria pode provocar insights esclarecedores que dão sentido às reflexões obscuras e aos problemas identificados” (Charmaz, 2009 p.176). Uma teoria proporciona uma perspectiva da situação do doente e uma forma de organizar os cuidados.

A teoria que propomos, sob o método da teoria fundamentada, é de natureza substantiva porque é uma explicação teórica de um problema delimitado que envolve uma análise concetual das relações emergentes. Uma teoria assim desenvolvida é pensada e analisada como um produto de processos emergentes que ocorrem por meio de interações, na qual o investigador procura o sentido da realidade, na própria ação em que ela se produz.

A teoria foi fundamentada na prática clínica dos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional numa unidade de cuidados intermédios em contexto hospitalar. E dada a natureza do seu alcance também pode ser qualificada como uma teoria de médio alcance. Uma vez que se foca num fenómeno particular que junta um número limitado de conceitos, que podem ser operacionalmente definidos e têm postulados relativamente concretos.

Na apresentação da teoria fundamentada começamos por apresentar os pressupostos do processo de teorização; logo depois, os conceitos, pilares da teoria e síntese das ideias que reunimos, e por fim os postulados que declaram as relações que se podem delinear entre os diferentes conceitos. Embora os postulados revelem as ligações entre os conceitos, é relevante dizer que elas são facilmente compreendidas e explicadas, numa estrutura integrada que dá a testabilidade necessária às proposições.

PROPOSTA DE UMA TEORIA SUBSTANTIVA: A DIMENSÃO PROCESSUAL DO RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS

❖ PRESSUPOSTOS

- A teoria de enfermagem não pode existir sem a prática de enfermagem.
- As ações e as interações de cuidar são entidades epistemológicas para o desenvolvimento da enfermagem.
- O raciocínio é uma entidade de natureza cognitiva que é inerente ao Ser humano e associado à ação permite-lhe tomar decisões durante as interações com o ambiente envolvente.
- A pessoa é um ser que vive em constante interação com o seu mundo físico, biológico, cultural, psíquico e espiritual.
- O ambiente é um envolvente que estimula a identidade e que protege e reage com reciprocidade aos diferentes fenómenos da vida humana.
- A saúde é um valor que é vivenciado no processo de viver, no qual a doença pode surgir como um epifenómeno.
- A enfermagem é uma área disciplinar no campo da saúde que estuda os processos de cuidar no âmbito da experiência humana de saúde.
- A enfermagem na prática clínica é facilitadora das diferentes transições na área da saúde.

❖ CONCEITOS DA DIMENSÃO PROCESSUAL DO RACIOCÍNIO CLÍNICO DOS ENFERMEIROS

- AMBIENTE DE CUIDADOS menciona um espaço e uma equipa de cuidados que tem competências para tomar decisões num sistema de parcerias.
- INFORMAÇÃO CLÍNICA expressa uma associação de dados clínicos que tem relevância e coerência funcional.
- CONHECIMENTO CLÍNICO um modo de conhecimento que conjuga saberes ontológicos e epistemologicamente diferentes, necessários à tomada de decisão clínica.

- TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA uma entidade que elege as ideias, as ações e noticia o impacto destas, a partir de uma dinâmica de cooperação e solidariedade de quatro conceitos, que se definem como uma unidade global.

❖ POSTULADOS

- O tempo e o espaço são referenciais para o desenvolvimento da tomada de decisão.
- A dimensão processual do raciocínio clínico é recursiva, generativa e integradora.
- As mudanças são integradas numa dinâmica que se desenvolve em espiral.
- No ambiente de cuidados a simultaneidade de interações veicula informação.
- A informação clínica é indissociável do conhecimento clínico.
- As mudanças generativas enriquecem o conhecimento clínico.
- O conhecimento clínico é indissociável da tomada de decisão.
- A tomada de decisão é indissociável da informação clínica.
- A tomada de decisão é utilizada como um meio e um fim.
- A tomada de decisão tem um potencial generativo.

As relações entre os conceitos acontecem num espaço e num tempo que são referenciais de organização. O tempo e o espaço não são conhecimentos empíricos que tenham sido retirados de experiências externas, mas isso não é impeditivo de serem reconhecidos como referenciais. O espaço e o tempo pertencem à estrutura conjuntural do ser humano. Ambos são concebidos em função de duas dimensões, uma diz respeito à condição subjetiva e a outra à dimensão objetiva do ser humano.

O espaço e o tempo delimitam sentimentos de segurança, mas também de finitude. Há um espaço métrico que é visualizado, mas também há um espaço de vivência e das interações que não tem métrica; há um tempo cronológico que é irreversível e unidirecional, mas também há um tempo de vivências e de interações, que pode ser circular.

O espaço e o tempo localizam a presença tanto no modo de aproximação como no afastamento, embora a espacialidade de cada passo nem sempre seja explicitamente visível; o ser humano pela sua presença descobre sempre um espaço. A presença, neste

sentido, é espacial e por isso o espaço apresenta-se a priori, sendo reconhecido como condição da possibilidade dos fenômenos e não como uma determinação que deles depende. Há sempre um espaço para ficar no tempo de espera. Também o tempo nos é dado a priori e permite a existência de todo e qualquer fenômeno, mas também todo o fenômeno está submetido ao tempo.

O tempo cronológico, no início de um processo que se desenvolve em espiral divide-se em duas unidades. Divide-se em dois tempos sem deixar de ser o mesmo tempo, que no final do processo volta a ser uma só unidade. O tempo irreversível e sequencial que atravessa todo o processo, e o tempo da interação, onde cada conceito tem uma dupla identidade, enlaçam-se um no outro voltando depois à sua forma inicial. A unidade deste tempo é simultaneamente irreversível e circular, voltando-se sobre si, mas num movimento em espiral coerente com um processo de compreensão.

Tudo o que está na abrangência deste movimento em espiral é compreendido a partir de uma unidade global. E quando esta unidade é questionada dada a sua abrangência ela é reinterpretada com base em interpretações anteriores, podendo haver uma apropriação de uma nova individualidade desta unidade global.

A unidade global é organizada a partir de conceitos solidários que só se podem definir uns em relação aos outros em função do lugar que ocupam nessa globalidade. A unidade é constituída por conceitos heterogêneos que têm em comum uma estrutura que os delimita e lhes dá uma identidade própria, mas aberta ao enriquecimento identitário.

Nesta unidade global há a priori um conhecimento concetual, não pronunciado, mas essencial para uma compreensão apriorística, que abre condições para que a interpretação dos dados e a informação aconteça. Esta estrutura prévia de compreensão e o modo como a interpretação acontece gera relações de cumplicidade e contiguidade que podem ser reconhecidas na unidade global. Ela tem, por isso, um comportamento diferente que a torna mais bem preparada que a totalidade dos seus conceitos. Emergem através desta unidade global qualidades empiricamente constatáveis, mas não logicamente dedutíveis.

A unidade global reage aos dados que a rodeiam como um todo, gerando retroações sobre cada um dos seus conceitos. O que significa que cada conceito está no todo, como o todo

está em cada um deles. Relevando que cada conceito possui a sua individualidade além de integrar o todo.

A compreensão empírica, que matiza todo o evoluir do processo não é absoluta, abre-se a diferentes interpretações que são escrutinadas e consensualizadas pelas parcerias de decisão clínica, em função dos resultados a atingir. Não se trata de decidir entre um sim e um não. A compreensão não impõe limites aos dados que vão emergindo e são eles nas suas inter-relações que estimulam o movimento da espiral a regressar a um ponto de chegada que se afasta do ponto de partida.

O retorno não implica apenas um esforço retroativo do processo sobre si próprio. Significa também que o fim de um ciclo do processo alimenta o seu início, pela volta do circuito sobre e ao estado inicial: o estado final torna-se, de certo modo, o estado inicial, embora permaneça final; e o estado inicial torna-se final embora permaneça inicial.

Falamos assim de um processo que é recursivo no qual os resultados finais produzem os estados iniciais. Nesta recorrência existem hierarquias, na medida em que o todo subjugam em meios os fins de ordem particular. Não há uma integração perfeita porque umas vezes há mais **CONHECIMENTO CLÍNICO** outras mais **INFORMAÇÃO CLÍNICA** outras vezes há **TOMADAS DE DECISÃO CLÍNICA** mais abrangentes e outras de maior especificidade.

Nesta espiral há recursividade, por isso todo o processo aparece ao mesmo tempo, como um fim de um processo antecedente e um meio de um processo subsequente. As duas grandes finalidades 1ª decidir para minimizar o sofrimento e o mal-estar, e 2ª observar o mal-estar e o sofrimento para decidir podem ser reconhecidas ao mesmo tempo como um meio e como um fim.

O processo não se encerra sobre si mesmo. As inter-relações entre os diferentes conceitos estimulam e geram novos dados, assumidos como iniciais num novo patamar do processo. Um ciclo recorrente, não por insuficiência recíproca entre a unidade global e os seus conceitos, mas pela fluência sistemática das entradas e saídas dos dados.

A organização do processo mantém a solidariedade dos conceitos e cria condições para que cada um deles se enriqueça. A abertura da unidade global ao ambiente em que está

enquadrada é vital, para reativar todo o movimento em espiral que tem como limites os objetivos ou os resultados esperados.

Na relação delineada entre os conceitos há uma lógica organizadora que nomeámos como clínica, porque todo o processo é desenvolvido em função de e para a normalização da situação clínica do ou dos doentes, num dado espaço e num tempo que lhe é próprio.

O processo de relação entre os conceitos começa no **AMBIENTE DE CUIDADOS** porque é nele que começam os encontros com os doentes e os confrontos com as suas situações clínicas. É aí que há um espaço com características específicas para cuidar os doentes em situação crítica, e uma equipa competente para assumir essa responsabilidade de modo contínuo. Os enfermeiros entram no **ESPAÇO DE CUIDADOS** imbuídos por uma racionalidade clínica que está ancorada em valores, princípios clínicos e princípios de cidadania.

A racionalidade, própria do comportamento humano, sistematiza e organiza os comportamentos para um determinado resultado ou objetivo. E dadas as funções e responsabilidades dos enfermeiros, eles têm como objetivo reduzir a incerteza, minorar o sofrimento e o mal-estar dos doentes e dos seus familiares, durante o tempo de internamento neste **AMBIENTE DE CUIDADOS**. E este é um dos objetivos que os enfermeiros internalizaram, desde que integram esta equipa de cuidados.

Eles têm como referência princípios de cidadania, revelados através dos seus comportamentos de tolerância, confiança, envolvimento, cooperação, reciprocidade, diálogo, negociação, compromisso, respeito e sentimentos de utilidade. E assumem como princípio clínico que o doente é uma pessoa com livre arbítrio, para participar de forma ativa e contínua no seu processo de doença, e que necessita de cuidados para recuperar a qualidade de vida que a doença pôs em causa.

Apesar da situação dos doentes ser de natureza crítica os enfermeiros têm sempre presente o sentido da prevenção, seja para evitar adversidades na evolução clínica do doente, seja para uma melhor gestão do tempo, uma melhor gestão de cuidados, ou para terem disponíveis todo o tipo de recursos necessários para uma melhor decisão, sejam eles resultados de laboratório e testes de diagnóstico ou meios instrumentais.

Neste **AMBIENTE DE CUIDADOS** existem boas relações entre todos, a equipa de cuidados sente que é tida em consideração nos processos de **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**, não só pelos seus pares como pelos outros grupos profissionais e dizem, de modo explícito, que gostam de estar naquele espaço, porque têm todos os doentes “debaixo de olho”.

E poder otimizar e consensualizar decisões entre a equipa, ou seja, ter **PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA** é um desígnio que os enfermeiros não se esforçam para conseguir, porque é uma cultura instituída entre eles. A sua experiência, formação, envolvimento e sentido de responsabilidade incute-lhes um espírito crítico que os faz procurar consensos, se for caso disso ou alterar comportamentos face às suas auto **AVALIAÇÕES DAS DECISÕES**.

O **AMBIENTE DE CUIDADOS** é informativo e formativo pelos diferentes conhecimentos que a experiência de cuidar lhes oferece. Os dados que vão emanando de todas as situações clínicas e respetivos processos de cuidado, são objeto de reflexão crítica e matéria substantiva para ampliar o **CONHECIMENTO CLÍNICO**.

O conhecer o doente implica o enfermeiro no processo de conhecimento e este constrói-se a si próprio no ato de conhecer. O contacto com as diferentes pessoas que se sentem doentes e necessitam de cuidados, o conhecimento que se adquire com elas, através da compreensão das suas vivências, e aprender a aprender o que é e como é a vida de outrem em sofrimento, é um processo informativo e formativo, para quem o vive durante um tempo, que se arrasta por semanas, meses e anos.

O conhecimento dos doentes é facilitado, não só pela proximidade física que o espaço impõe, pelo envolvimento entre quem cuida e quem é cuidado, por uma observação contínua do comportamento e das palavras proferidas pelos doentes, mas também pelo desconforto e apreensão de ver o doente sofrer. Ainda assim conhecer o doente nem sempre é conseguido num curto período e com a **INFORMAÇÃO CLÍNICA** necessária para uma **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**.

Conhecer o doente implica obter **DADOS E INFORMAÇÃO** privilegiada. No **AMBIENTE DE CUIDADOS** são precisos três tempos para isso acontecer. O primeiro tempo começa quando os enfermeiros entram no **ESPAÇO DE CUIDADOS**. Na espera dos encontros de

secretária com os colegas, os enfermeiros começam a criar elos de interação com os doentes, a partir da sua experiência sensorial. Olham para todos e percebem um conjunto de dados, que interpretam à luz do seu CONHECIMENTO CONCRETUAL.

O segundo tempo recomeça no encontro com os colegas, formalmente criado para adquirir DADOS E INFORMAÇÃO sobre os doentes, e assim poderem dar continuidade aos processos de cuidado. Nestes encontros os enfermeiros falam sobre o estado dos doentes. Fazem-no ao nível da funcionalidade e estabilidade hemodinâmica; referenciam dados clínicos, cujas propriedades são de risco e exigem uma particular atenção, realçando as alterações que ocorreram nas últimas horas; fazem análises comparativas relacionando a informação atualizada com a informação que já tinham.

E quando há dados sobre a estrutura familiar dos doentes são igualmente relatados. Esta última informação circula oralmente entre a equipa, e pontualmente é registada em suporte próprio. A quantidade de informação que é dada sobre os doentes, depende do conhecimento que o enfermeiro que vai dar continuidade aos cuidados tem sobre eles.

Quando é o primeiro encontro com os doentes os DADOS E INFORMAÇÃO que são veiculados são mais extensos, porque o enfermeiro precisa de conhecer algumas das particularidades dos doentes e da sua condição clínica até à data. Quando assim é, os primeiros dados são sempre o sexo, a idade e o diagnóstico médico que motivou o internamento.

Aparentemente o sexo e a idade são dados de identidade que, só por si, não têm relevância clínica. Mas é a leitura integrada destes três dados que orienta os enfermeiros, para identificar já no contexto da ação outros dados, que podem denunciar fragilidades funcionais e com alterações fisiopatológicas decorrentes da doença.

Se os enfermeiros já conhecem os doentes, então os DADOS E INFORMAÇÃO que são transmitidos são restritos às últimas oito horas. Desta forma, apesar do tempo de internamento, no espaço de cuidados ser por norma reduzido, toda a equipa conhece os doentes desde que ali chegaram.

O terceiro tempo recomeça com os primeiros contactos, já em proximidade com o doente. E neste tempo os enfermeiros organizam a dinâmica dos cuidados. E as respetivas DECISÕES DE NÍVEL I e DECISÕES DE NÍVEL II, em função do seu CONHECIMENTO

CLÍNICO, e da **INFORMAÇÃO CLÍNICA** que têm até ao momento e do tempo que têm disponível para as pôr em curso com cada doente.

Apesar de terem recebido a **INFORMAÇÃO CLÍNICA** de cada doente os enfermeiros recomeçam o processo de cuidados com a sua própria observação dos doentes. Fazem-no para aferirem a informação que receberam, para detetar pequenas alterações da informação recebida, uma vez que os dados vão sempre fluindo, e assim, poderem agir por antecipação e minimizar situações de mal-estar. Nesta sistematização de observações os enfermeiros também fazem juízos prognósticos sobre a situação clínica de cada doente.

Durante este tempo de presença no ESPAÇO DE CUIDADOS são foco de observação contínua os comportamentos dos doentes, o estado de consciência e todos os dados que estão monitorizados. Os restantes dados são observados e registados de modo sistemático: as feridas operatórias, os fármacos que estão em perfusão contínua, a terapêutica farmacológica prescrita, os cateterismos venosos periféricos e centrais, a pressão venosa central, os cateterismos vesicais, entéricos, gástricos, torácicos e respiratórios, zonas de pressão e compromisso vascular, sinais de desconforto e de dor, entre outros.

Conhecer os doentes é interagir com eles. Mas na fase inicial do pós-operatório os doentes estão pouco disponíveis ou até indisponíveis para conversar. Respondem a perguntas simples com respostas curtas e às vezes monossilábicas, porque estão sob analgesia. Conhecer o doente na sua dimensão humana, é progressivamente facilitado, à medida que o nível de sedação é reduzido e que os familiares visitam o doente. Estes ávidos de informação e necessidade de falarem sobre os seus receios, são também uma fonte de informação sobre a pessoa que é o doente.

Recolher dados relacionados com a vida do doente, com a doença, com a estrutura social e familiar permite aos enfermeiros reunir **DADOS E INFORMAÇÃO** e criar **INFORMAÇÃO CLÍNICA**. Esta última está subordinada aos registos escritos e às inferências que podem ser feitas a partir deles. O que faz destes registos um instrumento fundamental e que pode ser reconhecido como uma **BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO**.

Os dados mensuráveis e mais sensíveis a cada situação clínica, são registados em suporte de papel, numa matriz de tantas linhas e colunas quantas as necessárias para cada doente. Outros **DADOS E INFORMAÇÃO** de natureza descritiva são registados em suporte

informático. Neste tipo de suporte os dados são registados em categorias previamente definidas. No entanto o sistema dispõe de um espaço no qual podem ser registados dados de cariz singular.

Por razões pragmáticas os enfermeiros utilizam uma matriz de registo manual, porque lhes permite, rapidamente, identificar o comportamento de cada um dos dados ao longo do tempo, e a relação que se vai delineando entre estes e os outros dados registados. A leitura integrada destes, dá-lhes **INFORMAÇÃO CLÍNICA** ao momento. O que lhes permite a **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** a partir das propriedades de um só dado ou de uma associação de dados.

Por exemplo a observação de dispneia, num dos doentes, pode exigir que o enfermeiro tome uma decisão. A dispneia, só por si, é um dado clínico com as suas respetivas propriedades (o início, modo de evolução, sintomas associados, época do ano/semana, noite/dia, agrava à inspiração, como acaba) representa um conceito simples que identificado e interpretado nas suas diferentes propriedades, pode exigir uma **DECISÃO DE NÍVEL I**, **DECISÃO DE NÍVEL II** e uma **AVALIAÇÃO DA DECISÃO**. Quaisquer que sejam as decisões e o fundamento das mesmas todas elas são avaliadas pelo impacto que têm no doente.

Para reconhecer e interpretar conceitos simples ou complexos, os enfermeiros dão uso ao seu **CONHECIMENTO CONCEPTUAL** e **CONHECIMENTO PRÁTICO**. O primeiro para reconhecer e interpretar os conceitos, o segundo para lhes dar utilidade. São conhecimentos incorporados no agir dos enfermeiros que nos podem iludir, imaginando que as decisões resultam, tão só, de uma interação com os dados clínicos.

Estes conhecimentos não são previamente verbalizados, nem é esperado que o seja, mas eles são passíveis de serem reconhecidos, quando e depois das decisões serem tomadas. Em toda a observação e **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** há uma carga teórica, porque as proposições empíricas utilizadas pelos enfermeiros, contêm elementos de significação e de princípios teóricos. A presença do conhecimento também é uma constante na linguagem que os enfermeiros utilizam para descrever os sinais, os sintomas e os comportamentos por eles observados.

Na sequência das múltiplas observações e informações, há muitas decisões. Um olhar menos metuculoso dirá que os enfermeiros ao mesmo tempo que recolhem dados também poem em ação estratégias, consequentes aos dados observados e à informação recebida.

Um olhar mais atento pode ver um enfermeiro conversando com um doente, dando sequência à conversa em consonância com o tema, e fazendo alguns momentos de silêncio. No mesmo tempo da conversa vai observando dado a dado, interpreta-os, relaciona-os com a informação já recebida, toma uma DECISÃO DE NÍVEL I, seguida de uma DECISÃO DE NÍVEL II e também faz uma AVALIAÇÃO DA DECISÃO que tomou.

Quando o impacto é o esperado, o curso da ação decisiva mantem-se, mas quando o impacto não é o desejável a DECISÃO DE NÍVEL II é reajustada com o apoio do CONHECIMENTO PRÁTICO. Estas AVALIAÇÕES DAS DECISÕES são da ordem do imediato, mas há outras decisões que são avaliadas de modo sistemático e no enquadramento dos restantes dados, como por exemplo, as decisões sobre a administração de fármacos.

As AVALIAÇÕES DAS DECISÕES são fundamentais porque há sempre um grau de incerteza sobre o impacto de uma decisão. Ainda que as decisões tenham sido tomadas por analogia a outras, elas podem sempre ter impactos diferentes em pessoas diferentes. Analogias funcionais que não são reprimidas pela racionalidade clínica, dado que elas são sempre objeto de avaliações.

Simbolicamente este terceiro elemento tem o mesmo poder que qualquer um dos outros elementos da **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**. São os resultados das AVALIAÇÕES que revelam o percurso da situação clínica, e estruturam os registos clínicos que aparecem com destaque, nas conversas de secretária e nas primeiras linhas dos registos escritos.

As AVALIAÇÕES DAS DECISÕES, as PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA associadas às supervisões clínicas e às supervisões dos materiais são igualmente fundamentais, porque representam mecanismos de segurança para os doentes e para os enfermeiros. Eles são muito importantes no **AMBIENTE DE CUIDADOS**, porque apesar do ESPAÇO DE CUIDADOS ser um lugar habitável, no qual a equipa de cuidados se sente bem, não há tempos específicos para a recolha de dados e informação; não há tempos específicos para análise dos dados; não há tempos específicos para escutar o doente; não há tempos

específicos para decidir. Há uma simultaneidade de ideias e uma sincronia de ações, que resultam na integração dos diferentes conceitos, que se configuram de forma virtuosa num todo.

Neste lugar nomeado ESPAÇO DE CUIDADOS a equipa concilia diferentes ideias com os doentes e sobre os doentes. Estruturam uma conversa e nela, enfermeiros e doentes levam em consideração o que o outro diz; os enfermeiros fazem apelo ao seu conhecimento para interpretar os dados; tomam DECISÕES DE NÍVEL I e logo a seguir DECISÕES DE NÍVEL II, ou seja concretizam as ideias em ações, clinicamente estratégicas.

Ideias que não resultam necessariamente de deduções lógicas. É sobretudo a racionalidade clínica que se impõe e orienta a ação decisiva. Uma racionalidade organizada por um método sistemático que privilegia uma abordagem ao doente como um todo.

Este método associa o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. Qualidade relevante porque cada um dos conceitos não pode ser pensado de modo isolado. Não há **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** sem dados e/ou **INFORMAÇÃO CLÍNICA**, sem conhecimento e sem um **AMBIENTE DE CUIDADOS**, sob pena de se perder a relevância ou a utilidade clínica. Cada um deles é mutuamente moldado pelos outros.

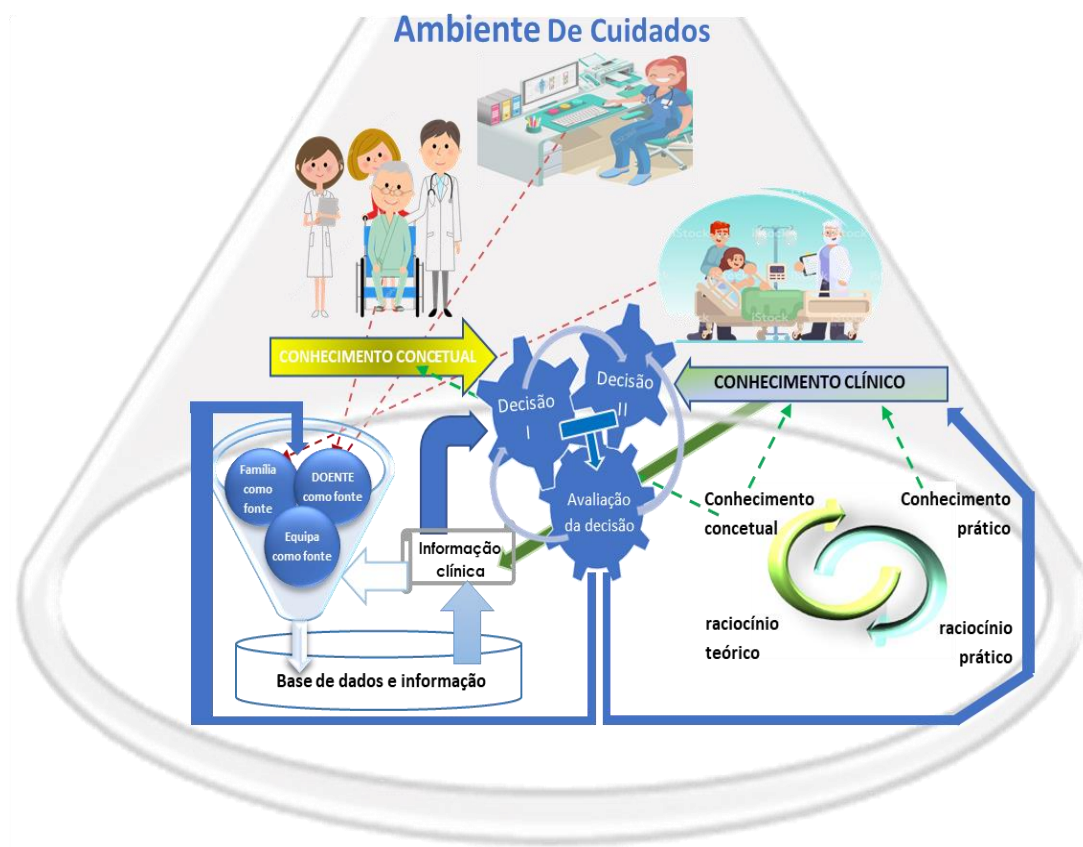
Tomemos como exemplo o conceito **INFORMAÇÃO CLÍNICA**. Para que a informação seja clínica e estruturada é preciso que haja **CONHECIMENTO CLÍNICO**. Havendo esta informação há **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**. As decisões apoiadas pelo **CONHECIMENTO CLÍNICO** geram novos dados e em consequência nova informação. O **CONHECIMENTO CLÍNICO** é criado e recriado no **AMBIENTE DE CUIDADOS** a partir da **INFORMAÇÃO CLÍNICA** e da **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**. O **AMBIENTE DE CUIDADOS** é reconhecido como uma parte de um todo mutuamente construído.

Estamos, por isso, perante uma organização⁶¹ que é dinâmica e que, por isso, se altera à medida que surgem novos dados e uma nova informação. As entradas e saídas permitem que ela seja produtiva e transformadora. Aceita a entrada sistemática de nova informação, o que implica mudanças ao nível de todos os elementos que compõem a organização.

⁶¹ O termo “organização” é agora assumido, uma vez que a estrutura de cada conceito só gera as relações necessárias para fazer interagir os conceitos simples.

Podemos assim considerar que a dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros numa unidade de cuidados intermédios pode ser representada por um modelo que é recursivo, generativo e integrativo. Um modelo, sendo uma simplificação de uma dada realidade, não deixa de ser importante para tornar descritível e observável a complexidade do objeto em análise (figura 23).

FIGURA 23 Modelo da dimensão processual do raciocínio clínico



Fonte: Magalhães, & Lopes, (2020)

O modelo que nomeámos como recursivo, generativo e integrativo, graficamente aparenta ser um modelo estático, mas não o é, as setas e as linhas a tracejado procuram mostrar o dinamismo do mesmo. Representa uma estrutura, que se altera em função da entrada e saída de dados e informação, e da integração das mudanças criadas a partir deles. O fluir

desta corrente gera interações e retroações que fazem surgir novos dados e informação que vão sempre sendo integrados na estrutura. Uma dinâmica complexa que põe em causa os princípios da racionalidade clássica, e confronta os enfermeiros com a incerteza das suas decisões.

Todo o processo se inicia e se desenvolve em **AMBIENTE DE CUIDADOS** e num **ESPAÇO DE CUIDADOS** reservado a cinco doentes e a uma equipa de cuidados. Um lugar que é vivido pelos enfermeiros com agrado porque todos os doentes estão sob o seu campo de visão e as relações interpessoais na equipa lhes oferecem segurança. O doente é o foco de atenção da equipa que se organiza em **PARCERIAS DE DECISÃO CLÍNICA**, com os seus pares e restantes membros da equipa.

Neste espaço o tempo dos encontros à secretária, onde se cruzam os enfermeiros que vão sair com os que vão entrar⁶², são momentos estratégicos para conversar sobre os doentes, noticiar os novos dados, refletir criticamente⁶³ sobre os sinais, sintomas e comportamentos dos doentes e das suas famílias, partilhar e ajustar decisões, redefinir estratégias, fazer prognósticos de curto prazo e atualizar a **BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO**.

O processo recomeça com a colheita de **DADOS E INFORMAÇÃO** no contexto da ação e com a capacidade dos enfermeiros para os reunir e inscrever na **BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO**. No desenvolvimento deste processo o enfermeiro interpreta o que lhe é dado observar, atribuindo significado aos dados que vai reunindo.

Nem todos os **DADOS E INFORMAÇÃO** se configuram como relevantes, mas todos aqueles que são reunidos são interpretados pelos enfermeiros a partir de inferências indutivas e dedutivas por recurso ao **CONHECIMENTO CONCETUAL**. O que pode significar que há uma consciência controlada do conhecimento que está a ser utilizado.

⁶² Os enfermeiros fazem turnos de oito horas por dia.

⁶³ O conhecimento revela-se nas reflexões críticas sobre as situações dos doentes.

A escolha dos dados é sempre uma **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** que é pensada como um meio, e não como um fim. E os enfermeiros fazem-na a partir de juízos⁶⁴ discricionários com base em hipóteses plausíveis.

Os relevantes, reconhecidos como tal, são conceitos simples que associados a outros igualmente simples formam um todo complexo, e esta combinação de conceitos permite definir um juízo clínico. Os não relevantes, pouco relevantes, ou pouco claros e ambíguos, aguardam que sejam reconhecidos como conceitos espontâneos e se possam associar a outros da mesma natureza. Até que isso possa acontecer os dados isolados são reconhecidos como pistas relevantes para compreender a vivência da doença a partir das propriedades de cada dado.

A informação que pode permitir aos enfermeiros fazer juízos clínicos sobre a condição de saúde do doente é reconhecida como **INFORMAÇÃO CLÍNICA**. E esta, associada ao **CONHECIMENTO CONCETUAL** cria as condições para haver a **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**. E se a **INFORMAÇÃO CLÍNICA** é absolutamente importante, o mesmo se pode dizer da **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**. Porque na clínica conhecer os **DADOS E INFORMAÇÃO**, ter conhecimento para os interpretar e lhes dar sentido, será inútil se não houver qualquer decisão. Mas também é uma realidade que a **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** está na dependência direta da **INFORMAÇÃO CLÍNICA**, do **CONHECIMENTO CLÍNICO** e do **AMBIENTE DE CUIDADOS**

A **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** perante a **INFORMAÇÃO CLÍNICA** escolhe as melhores ideias, as melhores ações e avalia as decisões que são tomadas. O conceito de que falamos agora é representado por uma engrenagem de rodas dentadas que representam três dimensões indissociáveis, a **DECISÃO DE NÍVEL I** (escolhe as melhores ideias), **DECISÃO DE NÍVEL II** (escolhe as melhores ações para um dado doente) e **AValiação DA DECISÃO** (avalia o impacto da decisão).

Cada uma com complexidades diferentes, mas umas não existem sem as outras e nenhum dos níveis é redutível a outro. Entre elas existe uma cumplicidade mútua, sem que se fragilizem ou depreciem umas às outras. E apoiam-se mutuamente, com uma necessidade

⁶⁴ A decisão pelo uso da palavra “juízo” justifica-se porque qualquer que seja a expressão usada para se referir à análise ou interpretação da relação entre dados tem na sua estrutura etimológica um juízo.

permanente umas das outras. Estas dimensões, ou seja, estes conceitos são correlativos havendo um, há os outros. E entre eles não há uma sequência linear. Há sim uma relação de reciprocidade recursiva entre os três conceitos simples, indicadas pelas setas que os rodeiam.

No olhar comum não há dois níveis de decisão, porque em geral as decisões são agilizadas por um enfermeiro que começa por decidir o que deve ser feito, logo de seguida decide como o faz e num terceiro momento legitima-as avaliando e noticiando o seu impacto, ou seja os novos dados, sejam eles quais forem. Os diferentes níveis de decisão acontecem quase em sincronia e por isso são pensados por outrem como se houvesse um só nível.

Mas também pode haver DECISÃO DE NÍVEL I por parte de um dos enfermeiros e ser agilizada por outro ou outros, que decidem sobre o melhor modo de a pôr em curso, ou seja a DECISÃO DE NÍVEL II, que uma vez assumida pode também ser continuada por outro ou outros.

Os enfermeiros fazem escolhas racionais, ou seja, tomam DECISÕES DE NÍVEL I sob a lógica da racionalidade científica. Decidem o que fazer em função da informação recolhida a priori ou no momento. O fazer é orientado por princípios teóricos e pelo conhecimento prático. Mas esta decisão precisa de ser materializada através de um conjunto de ações, ou seja, uma DECISÃO DE NÍVEL II clinicamente estratégica sob uma racionalidade clínica.

As estratégias são dirigidas a um fim e representam um conjunto de ações e interações flexíveis. Após a decisão inicial e no decurso da ação se houver necessidade de fazer algumas alterações, a flexibilidade da estratégia permite que esta seja reformulada. As decisões iniciais têm subjacentes o conhecimento clínico e quando há necessidade de serem reformuladas os enfermeiros apoiam-se num raciocínio de natureza analógica.

Esta reformulação é possível ser feita atempadamente, porque os enfermeiros têm a capacidade de passo a passo irem avaliando o impacto da decisão no doente, seja ela de nível II ou nível I, falamos então do terceiro conceito simples que integra a **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**.

Os enfermeiros têm consciência que as suas decisões envolvem riscos e afetam diretamente o processo de cuidados e a vida dos doentes e da equipa. As escolhas não são inocentes e umas podem ser bem-sucedidas e outras não. A incerteza nas decisões é uma constante.

A engrenagem da estrutura da **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** tem um sistema giratório que permite que ambos os níveis de decisão passem pela **AVALIAÇÃO DA DECISÃO** e sejam sujeitas, ora um nível ora outro a uma análise sumária por comparação com o resultado esperado. Mas as retroações ou resultados não sendo o esperado não significa que tenha um sentido negativo.

Esta **AVALIAÇÃO DAS DECISÕES** é sempre relevante, ainda que não seja os resultados esperados. Eles têm que ser noticiados, porque são indicadores processuais de um maior ou menor sucesso terapêutico. Acaso uma decisão tenha que ser reformulada, num curto espaço de tempo volta a ser avaliada até que se encontre um ponto de equilíbrio entre o desejado e o esperado. O impacto das decisões pode depender do tempo em que ela foi posta em curso, do modo como foi desenvolvida, das idiossincrasias de cada doente, ou da própria **DECISÃO DE NÍVEL I**.

As **AVALIAÇÕES DAS DECISÕES** enriquecem o **CONHECIMENTO CLÍNICO** permitem que os enfermeiros falem delas como um processo continuado que lhes permite fazer comparações, da situação do doente em cada dia que passa. E os resultados de cada avaliação também representam uma fonte de novos dados clínicos para serem introduzidos na **BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO** e poderem criar nova **INFORMAÇÃO CLÍNICA** para uma nova **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA**.

A estrutura da **TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA** está continuamente aberta à **INFORMAÇÃO CLÍNICA** e da mesma forma está aberta à saída, por duas vias. Uma faz seguir os novos dados, para a estrutura do **CONHECIMENTO CLÍNICO**; a outra via faz seguir os novos dados para a estrutura da informação que os vai inscrever na **BASE DE DADOS E INFORMAÇÃO**.

Os dados são também elementos fundamentais para as organizações de saúde, que procuram criar sistemas racionais baseados num sistema de dados, cuja relação custo/benefício pode promover uma justiça distributiva, com a redução de gastos excessivos em tratamentos ineficazes. O sistema de saúde fez mudar o foco do processo de enfermagem, do

raciocínio diagnóstico para a tomada de decisão, por forma a avaliar os resultados nas relações custo/benefício e competência /perícia. Motivo que tem justificado a emergência de modelos de decisão na área da saúde com base em algoritmos e, portanto, normativos.

O modelo que apresentamos não é um modelo de decisão. É um modelo explicativo da dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros. O modelo identifica os conceitos e as relações que se criam entre eles. No processo que é retratado no modelo, o raciocínio clínico não é objetivamente visível, e não é redutível às propriedades dos diferentes conceitos, mas está sempre presente como elemento de relação.

Ele é reconhecido, enquanto elemento cognitivo e metacognitivo, pelas relações que cria. O raciocínio clínico, sob o princípio da racionalidade clínica, não separa as ideias da ação. Com recurso ao conhecimento relaciona ideias, e ideias com ações numa dimensão processual. O conhecimento é um elemento aparentemente de retaguarda, mas é indispensável porque antes de haver qualquer relação é preciso que haja objeto de relação, que só é passível de ser identificado com o conhecimento dos mesmos.

O raciocínio clínico assume diferentes configurações em função das ideias e das ações que devem ser relacionadas e do método que é utilizado para obter resultados: raciocínio teórico, prático e num modo dedutivo e/ou indutivo e inferências lógicas e analógicas. São formas de raciocínio que não se excluem mutuamente, integram-se, quer de modo sucessivo acompanhando cada passo do processo, quer simultaneamente, quer como formas correlativas. São os modos como as relações se desenvolvem que apoiam os processos de cuidados.

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

3.1 DISCUSSÃO

Toda a produção científica precisa que exista sobre ela um olhar crítico sobre o que é dito e é investigado. A discussão confronta-nos com as ideias de outros investigadores que alimentam o espírito crítico de todos. Por isso não devemos estar desligados daquilo que os investigadores pensam e escrevem.

Como foi descrito o conhecimento é essencial e os enfermeiros usam-no para interpretar os dados clínicos, criar informação a partir deles, e tomar decisões nas suas práticas de cuidado. Mas na linguagem e na escrita, as teorias, como elementos de conhecimento, são utilizadas pelos enfermeiros na prática dos cuidados, mas sem a consciência do uso das mesmas. Esta é uma informação que é corroborada por Jane Flanagan (2019) no editorial da revista *International Journal of Nursing Knowledge* (IJNK) cujo objetivo é “descobrir, entender e disseminar conhecimentos de enfermagem”. Flanagan salienta que a teoria de enfermagem não é visível nos trabalhos enviados, e as contribuições únicas da enfermagem são obscurecidas. Acrescenta ainda que reviu várias edições anteriores e observou que, de facto, embora muitas vezes a teoria da enfermagem esteja presente, às vezes está, mas de forma implícita e outras vezes não está presente em absoluto.

E Herdman (2011) dá continuidade aos comentários feitos por Lunney (2004) recentemente reforçados por Queirós (2016) e faz a pergunta: o que é o conhecimento da prática de enfermagem? Quando deixamos de ensinar, ler ou realizar investigação crítica sobre o conhecimento de enfermagem e como este é importante para os doentes – ele acaba tornando-se uma mera reflexão. A autora está convicta que esta realidade clínica ocorre principalmente porque nós corpo docente, como um todo coletivo, não educamos realmente os profissionais de enfermagem, nossos colegas ou nossos doentes sobre a disciplina de enfermagem.

Refletindo sobre as palavras da autora, é importante que o conhecimento de que falamos possa ser nomeado e caracterizado, para que ele seja facilmente percebido e

reconhecido como tal. Porque falamos de conhecimento como se houvesse apenas uma forma de conhecimento. E como sabemos, para além do conhecimento concetual há outras formas de conhecimento, em particular conhecimento prático e conhecimento clínico, cujas definições são ambíguas.

A definição sobre cada uma destas formas de conhecimento não é fácil. Há unanimidade sobre as propriedades do conhecimento concetual porque estes têm estabilidade, o mesmo não se pode dizer sobre os restantes. Certamente será esta a razão pela qual o conhecimento clínico não tem tido uma definição clara, está enquadrado no âmbito do conhecimento pessoal e do conhecimento empírico e é apresentado pela forma como se manifesta, e não naquilo que é. E o mesmo acontece com o conhecimento prático abordado por Benner nas suas diferentes publicações.

Mas o conhecimento em enfermagem, caracterizado por diversas e múltiplas formas de apresentação, sustenta o trabalho de todos os enfermeiros, independentemente do campo de ação. A enfermagem ao ser capaz de identificar as suas múltiplas formas, num modo criativo e aberto a diferentes ideias e visões de mundo, também pode assumir a propriedade total da sua prática, conhecimento único, e diversidade epistemológica (Sakamoto, 2018).

Neste sentido não podemos deixar de incluir o conhecimento cultural e neste propósito os investigadores Odhiambo, Bertha; Murray-Garcia, Jann; Ackerman-Barger, Kupiri (2019) evidenciam que os enfermeiros, bem colocados no campo da saúde podem afetar a saúde de uma população, desde que, tenham conhecimento da sua diversidade cultural. Os resultados do seu estudo qualitativo para explorar o conhecimento dos enfermeiros sobre as populações negras evidenciaram que o conhecimento dos enfermeiros dependia do país de origem e da sua educação e formação.

Queirós (2016) também contribuiu para situar e caracterizar o conhecimento em enfermagem. E no seu entender a enfermagem afirma-se como ciência, num quadro de transição paradigmática. E acrescenta que a enfermagem é um conhecimento de ação que é expresso no cuidar profissional, uma ideia também partilhada por Reis & Magalhães (2018).

Neste contexto não deixa de ser curioso que o problema da essencialidade do conhecimento em enfermagem seja defendido como uma espécie de filosofia, no âmbito de uma publicação que questiona a existência de teoria de enfermagem e cujo título é “*Nursing as concrete*” (Theodoridis, 2018). Não sendo a enfermagem da área da filosofia, na verdade a sua essência continua a ser questionada quando em 2011 Hardman no editorial da revista eletrónica de enfermagem coloca a questão:

“currículos de enfermagem que enfatizam fortemente fisiopatologia e farmacologia - isso é enfermagem? Estas disciplinas fornecem conteúdo importante para a prática de enfermagem (...) Será que elas definem a enfermagem? Acredito que não – os enfermeiros precisam de entender a relação entre campos, mas precisamos de nos concentrar em respostas humanas”.

Esta é uma questão que nos faz divergir da autora. As respostas humanas são expressas de diferentes formas, que no domínio clínico, são nomeadas como dados correspondendo estes a sinais, sintomas e comportamentos. E nestas tipologias estão também enquadradas as respostas às situações de doença. Ter conhecimento concetual para reconhecer estes dados, significa abrir portas para minimizar tanto a dor como outros efeitos negativos, que são materializados através da linguagem do corpo humano que nos dá respostas humanas.

As pesquisas também reforçam esta ideia quando os investigadores Oliveira, Corrêa Dodde, Pereira & Aguiar (2019) procuram descrever os sinais e sintomas que antecedem uma sepsies, em doentes internados. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros conheciam o conceito. A correlação entre alguns dos sinais e sintomas dos tipos de sepsies é que revelou algumas dificuldades.

Num outro estudo realizado a partir dos registos clínicos os investigadores Fasolino, Tracy; Verdín, Terry (2015) foram questionar o modo como os enfermeiros avaliavam um doente em situação crítica. E os resultados evidenciaram que de imediato avaliavam os sinais vitais, as alterações da consciência e também o débito urinário. Resultados que têm correspondência com os dados por nós recolhidos e analisados.

Também Wen Qi, Wenru, Sok & Ying (2015) reconhecem que a monitorização dos sinais vitais é uma avaliação importante para a enfermagem. Por isso fizeram uma revisão

integrativa da literatura para explorar os fatores que influenciam os enfermeiros a monitorizar os sinais para prevenir o agravamento clínico.

Foram analisados 20 artigos à luz de um modelo de eficácia da função de enfermagem, que integra três variáveis: doente, enfermeiro e variáveis organizacionais. Sobre o doente os resultados revelaram que os enfermeiros monitorizam comportamentos fisiológicos e sinais vitais que estão alterados; o enfermeiro usa conhecimento clínico, tem responsabilidades na informação dos sinais vitais que estão alterados e age em conformidade; nas organizacionais há referência à carga de trabalho, e ao uso de tecnologias e gráficos de observação.

Outros investigadores questionaram-se sobre o impacto da avaliação contínua versus sistemática dos sinais vitais, em meio hospitalar. Os resultados de uma revisão sistemática evidenciaram que há benefícios clínicos na avaliação contínua, sobretudo nas unidades de cuidados críticos e também no tempo de internamento hospitalar (Downey, Chapman, Randell, Brown & Jayne, 2018). Resultados com os quais nos identificamos nos dados que analisámos.

Ainda no âmbito da informação os investigadores Pain, Kingston, Askern, Smith, Phillips & Bell (2017) consideraram que a transferência da informação se pode revelar um risco. Porque pode ser transmitida a interpretação da informação de quem a recolhe e não a própria informação. Motivo pelo qual foram investigar o modo como os profissionais de saúde enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais percebem, usam e partilham informação relevante para a tomada de decisão e tratamento nos cuidados de saúde primários.

Da análise resultaram seis temas que os fez concluir que todos os profissionais procuram informações específicas para responder às suas próprias perguntas e necessidades profissionais. E partilham os registos que são específicos da situação do doente. Mas fazer corretamente, ou não, a transferência da informação reunida é um dos fatores que pode alterar a tomada de decisão nos cuidados primários.

No contexto hospitalar as reuniões dos enfermeiros também são objeto de investigação, porque elas são um meio de transferência da informação, e têm também um caráter formativo. Por isso os investigadores Tobiano, Murphy, Grealish, Hervey, Aitken &

Marshall (2019) foram avaliar o caráter formativo das reuniões no local de trabalho, de uma unidade de cuidados intensivos.

Depois de observarem e analisarem 54 reuniões e 40 enfermeiros. Os resultados informaram que a transferência de conhecimento foi o resultado mais observado; o conteúdo discutido com mais frequência foram questões clínicas, pelas quais os enfermeiros tinham que tomar decisões sobre as ações a realizar. Das perguntas abertas emergiram duas categorias: ambiente positivo de aprendizagem, no qual os enfermeiros descrevem as reuniões como uma experiência de aprendizagem, e a outra categoria expressa os impedimentos para reunir devido a outras prioridades concorrentes. E concluíram que as reuniões influenciam positivamente a aplicação de evidências clínicas na prática, a identificação de áreas a melhorar e a capacidade de comunicar informações clínicas.

Identificar os fatores e o impacto que estes podem ter na tomada de decisão tem uma dimensão formativa. Neste pressuposto foi realizado um estudo para identificar os fatores, que os enfermeiros de cuidados intensivos identificam como relevantes, quando são confrontados com estes eventos clínicos: alterações na condição do doente manifestadas por febre, dor, sangramento, alterações no débito urinário, alterações no estado respiratório e alterações da consciência. E com base na análise de vinte entrevistas resultaram várias categorias: consciência da situação do doente; experiência e tomada de decisão; seguem uma rotina pré-definida; pressão arterial; trabalho em equipa/suporte da equipa; metas; educação; recursos; educação do doente; ponderam alternativas para atingir metas; e competências na equipa de enfermagem (Nibbelink e Carrington, 2019).

Estes investigadores concluíram que os enfermeiros identificam informalmente colegas que são experientes e usam-nos como recursos importantes para a tomada de decisão. Porque os experientes trazem para a sua prática clínica vivências de processos de cuidados que tiveram com outros doentes. E isso lhes permite usar processos intuitivos, com consciência deles após reflexão, e facilitadores da tomada de decisões. A tomada de decisão é definida pelos autores do estudo como um julgamento intelectual e seletivo quando há um confronto com várias alternativas complexas, que em geral são

variáveis que definem uma ação ou uma ideia. Um conceito de tomada de decisão que é consistente com o conceito por nós definido.

Também reconhecem a importância de usar a tomada de decisão naturalista, como uma estrutura conceitual, para orientar a pesquisa e compreender melhor a tomada de decisão dos enfermeiros menos experientes. E de novo podemos dizer que estes resultados estão em conformidade com aqueles que nós identificámos, apesar dos métodos de recolha e análise usados serem diferentes.

Num outro estudo os investigadores Nibbelink e Brewer (2018) continuam a investigar os fatores que podem modificar a tomada de decisão dos enfermeiros em cuidados intensivos, porque os erros na tomada de decisão continuam a gerar maus resultados. A partir de uma revisão da literatura os resultados foram os seguintes: a experiência dos enfermeiros e fatores associados; a influência da organização e da cultura da unidade na tomada de decisões; educação; compreensão da situação do doente; consciência da situação; e autonomia.

Sobre a tomada de decisão é importante dizer que partilhamos do reconhecimento dos diferentes fatores que a influenciam, pelo conhecimento que temos vindo a adquirir ao longo de vários anos com os diferentes investigadores (Helvesen et al., 2008; Ribeiro & Almeida, 2005; Gilovich et al., 2003; Kahneman et al., 2005; O'Neil, 1994; Gaul, 1994; Simmons et al., 2003; Hancock & Easen, 2006; Bond, 2006; Cone & Murray, 2002; Helberg & Larsson, 2002; Kennedy, 2004; Salantera et al., 2003; Hedberg & Larsson, 2003; Bucknall, 2001, 2003; Mccaughan, 2007; Moira, 2007; Thompson, et al., 2005; Junnola et al., 2002; Tanner, 2006; Wolf et al., 2006; Mirlashari, Qommi, Nariman, Bahrani & Begjani, 2016; Abdelkader & Othman, 2017; Nibbelink e Brewer, 2018; de Paula Silva, Bicalho, Martins & de Errico, 2019 e outros).

Nibbelink e Brewer, (2018) salientam que a dinâmica do processo de tomada de decisão também está sujeita à influência do ambiente, através da organização e cultura da unidade de cuidados. O ambiente também foi por nós identificado como um elemento essencial no processo de tomada de decisão. Não o entendemos como um fator externo, mas como um elemento que é parte integrante do processo de tomada de decisão clínica e que tem potencial para gerar mudanças no processo.

A associação dos múltiplos e diferentes fatores potenciam o risco de erros clínicos e pode adulterar o impacto na tomada de decisão, como a isso se referem Smyth, & McCabe, (2017). Mas os impactos negativos podem ser minimizados ou contornados quando a equipa cria parcerias de decisão que envolvem tanto o doente como o resto da equipa. O conceito de parceria de decisão surgiu para identificar profissionais de saúde que contribuem para a tomada de decisão com os doentes. Mas os investigadores (Gray, Nolan, Clayman, Wenzel, 2019) consideram que há pouco conhecimento sobre este conceito, e por isso o foram analisar. Sob o método de Walker e Avant reuniram e analisaram 112 artigos no intervalo 1990-2017.

Como resultado identificaram seis propriedades definidoras do conceito: (1) mantem relações com o doente, (2) demonstra disposição para participar na tomada de decisão, (3) tem uma compreensão clara da condição do doente e das decisões que devem ser tomadas, (4) demonstra autoeficácia na tomada de decisão, (5) revela capacidade emocional para participar na tomada de decisão e (6) deseja ter informação específica para otimizar as decisões. A análise apresentada tem propriedades comuns com o conceito que nomeámos como parcerias de decisão clínica e que definimos como pessoas que consensualizam e otimizam decisões que acontecem na equipa de cuidados, da qual o doente é membro integrante.

Na mesma linha de pensamento Broekema, Paans, Petrie, Roodbol, Marie Louise & Luttk (2019) na sequência do desenvolvimento da pesquisa “*Nurses’ application of the components of family nursing conversations in home health care: a qualitative content analysis*” concluíram que as conversas com os familiares dos doentes permitem um melhor julgamento clínico sobre as situações específicas das famílias, e os enfermeiros percebem que têm que desenvolver mais capacidades para fazer a transferência do conhecimento teórico para o prático.

Davis, White, Stephenson (2016) realizaram uma revisão sistemática de evidência qualitativa sobre a relação entre a cultura do espaço de trabalho, e as experiências de aprendizagem clínica. A pesquisa foi feita com estudos ingleses no período 1980-2013. Dos 105 reunidos foram seleccionados 14 artigos, de acordo como o protocolo PICo de JBI. Resultaram oito categorias que foram sintetizadas em duas: os sistemas

organizacionais permitem que os enfermeiros demonstrem responsabilidade pela sua própria aprendizagem, juntamente com outros sistemas organizacionais que dispõem de recursos, tempo, pessoal e apoios adequados; a segunda categoria foi identificada como dinâmica relacional, querendo com isso dizer, que os enfermeiros valorizam os seus colegas especialistas, mentores, facilitadores do seu desenvolvimento profissional. E concluíram que uma cultura ideal do local de trabalho é fundamental para os enfermeiros experimentarem aprender no local de trabalho. O trabalho e a aprendizagem são entendidos como uma experiência integrada.

Retomamos o raciocínio intuitivo porque a intuição é um conceito polémico, e os enfermeiros têm pouca disponibilidade para explicar as suas decisões com base na intuição, embora a valorizem. Um motivo que justifica a investigação sobre o conceito. Através da revisão da literatura, realizada entre 1985 e 2016 os investigadores avaliaram 16 estudos, a partir dos quais resultaram três categorias: (1) a intuição envolve a sua utilização, assertividade e experiências (2) as relações com a intuição dos doentes compreendem ligações únicas, respostas intelectuais e físicas e qualidades pessoais; (3) relacionadas com o processo de enfermagem surge o suporte e orientação, componente e pistas na tomada de decisão e validação de decisões.

Os autores deste estudo (Melin-Johansson, Palmqvist, Rönnberg, 2017) identificam a intuição como um processo baseado no conhecimento e na experiência de cuidar, tendo um lugar ao lado das evidências que são baseadas na pesquisa. Reconhecem ainda a relevância do raciocínio intuitivo, e consideram que ele é fundamental em mais ou menos todas as etapas do processo de enfermagem. A intuição pode ser reconhecida na imediatez da decisão e da reflexão sobre esse comportamento.

Partilhamos desta ideia, mas de acordo com os resultados que apresentámos, o raciocínio clínico, entidade abstrata de natureza cognitiva e metacognitiva, relaciona intuitivamente ou analiticamente em função dos dados que os enfermeiros têm e do tempo para decidir. Porque se o intuitivo pode ser rápido e ter uma resposta com pertinência, o analítico precisa de tempo para ter uma resposta com rigor. Por isso a intuição e a análise integram o raciocínio clínico. Uma asserção partilhada por Quaresma, Xavier, & Cezar-Vaz, (2019) e por Smyth & McCabe (2017) que reforçam a ideia que deve ser adotada a combinação de ambas para minimizar erros e a

tendência humana inata, para julgamentos precipitados e preconceitos, que se desenvolvem ao longo do tempo e face a restrições de tempo, conhecimento e treino.

Um estudo sobre as habilidades de raciocínio clínico e processo de raciocínio de enfermeiros, desenvolvido pelos investigadores Lee, Lee Y. J., Bae J.Y. & Seo, (2016) evidenciou que os enfermeiros na avaliação do problema de saúde de um doente usam uma diversidade de habilidades de raciocínio clínico. Mas aquela que é mais comumente usada é a avaliação, o rigor e fiabilidade da mesma. Para os enfermeiros investigados o processo de raciocínio inclui avaliação, análise, diagnóstico, planeamento, implementação e fase de reavaliação. E o processo é entendido como cíclico e não linear.

Os investigadores Carvalho, Oliveira-

Kumakura e Morais, (2016) a partir de uma reflexão teórica fundamentada em evidência científica, apresentam um modelo sobre o processo de pensamento em enfermagem (figura 24). O raciocínio clínico é definido pelos autores como um processo mental complexo e dinâmico, que ocorre tanto na identificação de situações que exigem cuidados de enfermagem como na seleção das ações necessárias para apoiar o doente.

A figura identifica as habilidades

subjacentes a um raciocínio teórico próprio de um processo analítico e na estrutura que apresenta é aparentemente um processo linear que conduz a uma tomada de decisão diagnóstica ou terapêutica. No nosso entendimento a tomada de decisão não é só um fim, mas também um meio para continuar o processo cuidados.

Na Suíça os enfermeiros são mandatados para descrever, documentar e avaliar a sua contribuição para os cuidados de saúde. Por isso Leoni-Scheiber; Mayer & Müller-Staub (2019) avaliaram em ambiente clínico os efeitos do raciocínio clínico no

FIGURA 24-Processos do pensamento

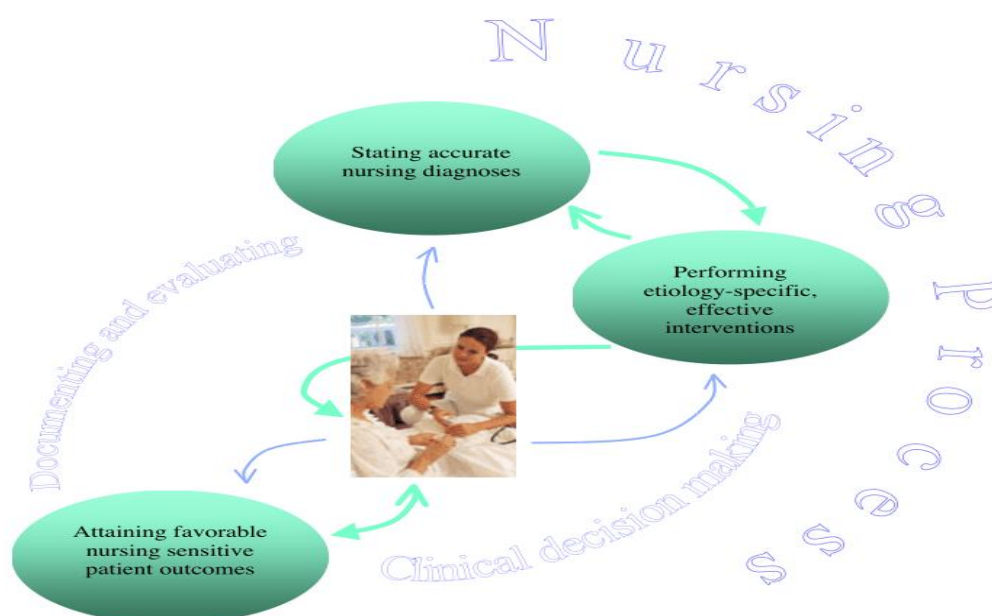


Fonte: Carvalho, Oliveira-Kumakura & Morais

processo de cuidados, ao nível dos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados.

Através de uma triangulação de diferentes métodos foram avaliados 92 enfermeiros e 180 registos. A figura 25 ilustra os conceitos que são utilizados e as setas estabelecem a relação entre eles. Podemos inferir que o processo está centrado no doente e a partir do qual são realizados o diagnóstico e as respetivas intervenções cujos resultados são integrados no processo.

FIGURA 25-Modelo do processo de enfermagem



Fonte: Leoni-Scheiber; Mayer & Müller-Staub (2019)

A imagem central é determinante, faz ativar e coordena todo o processo de enfermagem, contrariando a ideia de um processo linear de resolução de problemas dos anos oitenta. As setas ignoram de um lado a documentação e avaliação, do outro a tomada de decisão fazendo-nos acreditar que são entidades paralelas. No entanto a relação entre os outros conceitos não é cíclica nem linear, mas é aparentemente dinâmica.

As diferenças entre os dois modelos são facilmente visíveis. Apesar dos dois se referirem ao processo de cuidados de enfermagem. A figura 24 é o resultado de uma revisão teórica, a figura 25 é resultado de uma observação e análise das interações dos enfermeiros em contexto clínico e isso lhe dá uma capacidade de expressão diferente e mais consentânea com a realidade.

3.2 CONCLUSÃO

O trabalho de pesquisa e a redação deste relatório foram uma experiência inesquecível que teve momentos difíceis, mas outros de grande felicidade. No percurso que fiz tenho o gosto de dizer que sempre me senti apoiada, não só pelo orientador, mas também pela família, pelos amigos, pelos colegas. As reuniões e debates entre doutorandos e orientadores, os seminários que frequentei, as conferências que assisti, as leituras que fiz dos livros e dos artigos, o convívio com os enfermeiros que foram os meus informantes, a partilha destas e de muitas outras vivências fazem-me sentir agradecida porque fizeram de mim, uma pessoa mais rica nos domínios da docência e da investigação.

Investigar a dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros foi um desafio tão grande que eu própria não tinha consciência da dimensão e complexidade inerente a este processo. E devo dizer que durante muito tempo me assustou porque não a encontrava. Na fase em que se tornou perceptível que os conceitos se podiam relacionar porque todos tinham a mesma estrutura foi uma explosão de alegria. Aprendi por isso que não basta ter as propriedades dos conceitos e as poder descrever. A estrutura de cada conceito é tão essencial quanto a definição desse conceito.

Afinal é tao simples perceber que o raciocínio clínico é um elemento de natureza cognitiva e metacognitiva que é aparentemente simples porque, por um lado torna o mundo clínico complexo, por outro dá sentido às ideias cumprindo a sua função de encadeamento e assim recriar e/ou transformar as “velhas” ideias. Curiosamente Young et al (2020) identifica o raciocínio clínico como a espinha dorsal de todo o processo de cuidados.

Ter uma visão estratégica sobre o conceito raciocínio clínico levou-me à compreensão que se trata de um conceito guarda chuva que abriga os juízos clínicos, os julgamentos clínicos e a tomada de decisões clínicas, porque todos eles são definidos a partir das relações ou encadeamentos que fazem das suas ideias para chegarem a conclusões ou decisões. Estas definições conceituais foram estruturantes para um olhar crítico sobre os modelos de decisão e a natureza das suas linhas de raciocínio clínico.

A revisão sistemática qualitativa: Síntese de evidências qualitativas foi para mim um modo inovador, mas um instrumento precioso para sistematizar ideias, porque aquilo que estava em causa não era mais o raciocínio clínico, mas a dimensão processual do raciocínio clínico. E à data desta fase do relatório a literatura consultada já tinha muitas referências a conceitos, referentes ao processo de cuidados. Contudo sem qualquer visão de relação entre conceitos.

A problematização foi de grande relevância para elencar com segurança um conjunto de ideias já estruturadas que delimitaram o problema que justificou o estudo e assim definir a metodologia e o método de recolha e análise dos dados. Para o desenvolvimento da pesquisa tomámos como boa decisão adotar uma metodologia, que nos organizou o pensamento, os pressupostos ideológicos e respetivos princípios. Para a pôr em curso utilizámos um método coerente com a metodologia que escolhemos e com o fenómeno em análise. Respeitámos sempre o modo de pensar que escolhemos, tanto na compreensão do fenómeno como no pragmatismo que nos capacitou para agir reflexiva e intelectualmente durante todo o processo de pesquisa.

A compreensão foi importante porque nos orientou no processo de recolha e interpretação da informação. Fez-nos compreender que a relação investigador-informante é central no processo de recolha. Numa atitude compreensiva procurámos a inteligibilidade das práticas de cuidados através da observação e registo da mesma, das conversas, das interações entre os membros da equipa de cuidados, das entrevistas e das narrativas escritas. O que nos permitiu perceber o significado que os enfermeiros atribuíam aos elementos das diversas situações de cuidados e às realidades que a partir delas se criavam.

Os dados de cada informante foram analisados caso a caso, uma vez que a experiência de vida de cada um deles podia condicionar as suas interações no espaço de cuidados. E após os resultados da análise de cada informante, foram comparadas entre si para criar categorias, de acordo com a estratégia de comparação constante do método da teoria fundamentada. A circularidade que o método impõe obrigou-nos a uma reflexão sistemática sobre o desenvolvimento do processo de teorização, na fase da descoberta dos conceitos. No entanto no final da pesquisa reconhecemo-la como um aspeto muito positivo.

Um método que advoga a ideia de ignorar o conhecimento que temos a priori, mas nem sempre isso é exequível. Porque compreender o significado daquilo que os enfermeiros falavam e faziam é preciso ser enfermeiro ou ter conhecimento na área. Ainda que as notas de observação realizadas pelo investigador, tenham sido todas elas validadas pelos próprios enfermeiros. É neste enquadramento que trazemos à memória uma das prerrogativas da investigação social e humana que nos diz que o investigador faz parte do mundo social que estuda, e diríamos nós, de outra forma não o compreenderíamos.

O conhecimento e as competências que adquirimos decorreram da recolha dos dados em contexto naturalista. Uma vez que a realidade é ativamente produzida pelos informantes quando atribuem significado aos dados, à informação, aos comportamentos ou a outros eventos. O que foi de sobremaneira importante porque a teoria fundamentada que adotámos como método, dá preferência aos dados, ao campo de estudo e aos informantes que escolhemos, por oposição a quaisquer pressupostos teóricos.

A participação direta na recolha foi importante, mas o afastamento periódico do campo também o foi, para impedir a cegueira que impede de descobrir novos dados. Algum afastamento também foi produtivo para compreender o ponto de saturação dos dados, uma vez que a amostra teórica só pode ser reconhecida se deixarem efetivamente de existir novos dados significativos.

De acordo com Charmaz (2009) a amostra é saturada em função da riqueza da informação significativa, e não em função da ausência de novos dados. Partilhamos desta ideia pela experiência que tivemos na recolha e análise dos dados sete anos depois.

Foi realizada pelo mesmo investigador, o mesmo método, o mesmo campo clínico, mas com diferentes enfermeiros. De acordo com a autora citada e com a nossa experiência empírica, a amostra teórica só é efetivamente praticável como estratégia, se a interpretação dos dados for iniciada depois de terminadas as entrevistas.

A interpretação dos dados, foi o nível que nos fez deixar o conforto do mundo concreto e nos “obrigou” a entrar nos domínios da abstração. Um olhar mais abrangente que nos alargou os horizontes e nos fez descobrir o sentido das palavras e a riqueza dos conteúdos. Este novo olhar mostrou a importância de um ambiente de cuidados com um espaço adequado porque permite uma interação direta entre a equipa de cuidados e os doentes; um espaço onde os enfermeiros conversam com os doentes, com diferentes objetivos. E ajustam o modo como falam em função da situação clínica do doente.

Um olhar que nos fez compreender que para além das avaliações sistemáticas o tempo que os relógios registam e os sinais de sofrimento dos doentes também marcam a cadência de avaliações e decisões. Todo o processo é desenvolvido em função da situação clínica do doente e por isso orientado por uma racionalidade clínica. A assunção de que tudo acontece em parcerias é tão expressiva que na linguagem corrente dos enfermeiros é sempre, salvo exceções, utilizada a forma plural. Um olhar que também nos fez reconhecer quais são os dados clínicos mais relevantes em unidades com as características descritas, e de acordo com a literatura científica (apresentada na discussão) são transversais a outros países.

Já no âmbito da análise o processo de abertura dos dados, abertura dos textos, abertura das ideias conduziu-nos às descobertas dos conceitos. Um percurso que foi percorrido passo a passo, dos dados passámos aos códigos, dos códigos passámos às categorias, destas passámos aos conceitos, cujas definições sintetizam as propriedades dos mesmos. Cada um dos conceitos é complexo pela diversidade e dimensão das suas propriedades. Por isso as propriedades foram organizadas em conceitos simples. Os conceitos simples dão forma à estrutura de cada conceito complexo.

O processo de definição e construção das estruturas de cada um dos conceitos foi fundamental. Motivo pelo qual elas figuram no modelo que apresentámos para retratar a teoria. À medida que criámos a estrutura de cada conceito fomos descobrindo que as quatro estruturas tinham propriedades análogas, ou seja, o modo como as ideias se organizam tem estratégias em comum (dinâmicas, recursivas, integram a mudanças, têm capacidade de se ajustar à realidade e são promotoras de aprendizagem clínica). Foi este facto que fez perceber que há uma relação entre os quatro conceitos.

Cada passo correspondeu a um patamar de desenvolvimento de conhecimento e competências. E a ideia de elaborar uma teoria de natureza substantiva, com base na análise do material empírico tornou-se uma realidade. A partir de uma análise concetual de relações padronizadas criámos uma teoria fundamentada sobre a dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros e representamo-la no Modelo Recursivo, Generativo e Integrativo. Este modelo representa uma unidade global que se altera em função da entrada e saída de dados e informação, e da integração das mudanças criadas a partir deles.

A teoria que propomos sobre o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros, de natureza substantiva e de médio alcance, cumpre critérios de utilidade ao nível académico porque pode ser usada como uma estrutura teórica para outros estudos; é um produto científico que expressa conhecimento em enfermagem; e as teorias de médio alcance podem desenvolver e aperfeiçoar a base de conhecimentos substantivos da área disciplinar. Compreender a dimensão processual do raciocínio clínico a partir da prática clínica dos enfermeiros representa para os docentes na área de enfermagem, o confronto com uma complexidade que não se coaduna com um pensamento linear que está associado ao tradicional processo de enfermagem. E remete para um novo olhar sobre os processos de tomada de decisão clínica.

Para os estudantes de enfermagem a formalização deste conhecimento é facilitador da compreensão do conceito e da dinâmica do raciocínio clínico dos enfermeiros. Ter um conhecimento sistematizado de base científica que dá suporte a uma das unidades curriculares da licenciatura em enfermagem representa para os estudantes um elemento estratégico para o estudo do raciocínio clínico.

Para os enfermeiros o revelar e o formalizar dos saberes e os conhecimentos que utilizam, dar-lhes significado e um nome para os identificar é inovador, permite-lhes falar deles com propriedade. E usá-los como um instrumento concetual para a supervisão clínica que os enfermeiros fazem entre pares, mas também com os estudantes. Permite também uma reflexão e tomada de consciência dos processos de cuidados que desenvolvem, e dessa forma assumirem os processos de decisão, pelos quais podem ser avaliados profissionalmente. O conhecimento do processo permite uma maior transparência, que os protege contra litígios, ao mesmo tempo que os capacita para dar melhores explicações aos doentes e à restante equipa.

Mas também cumpre critérios de utilidade ao nível da prática clínica. Ter uma melhor compreensão, do processo em si mesmo, é importante para reconhecer que há uma simultaneidade de ações e interações que demonstram a complexidade do processo e representa uma situação de risco; também para reconhecerem que a monitorização que fazem dos resultados de forma contínua ou sistemática é um indicador de qualidade, assim como a avaliação sistemática que fazem com os doentes, com intervenção imediata se isso se justificar, ou as parcerias de decisão clínica que utilizam de forma recorrente e que criam um ambiente securizante à equipa de cuidados. Este conhecimento também é relevante para a gestão dos recursos humanos e da avaliação de desempenho clínico dos enfermeiros.

A teoria que propomos também cumpre critérios de originalidade porque se reporta a novos conceitos e a um conhecimento sobre as relações que estruturam o raciocínio clínico dos enfermeiros numa unidade de cuidados intermédios.

E documenta que os seguintes objetivos foram atingidos:

Conhecimento sobre o processamento de informação clínica

Conhecimentos sobre os dados clínicos mais relevantes para tomar decisões clínica.

Conhecimentos para estimular mais investigação sobre o tema.

Conhecimentos sobre as características de um ambiente que é diferenciador

Conhecimento sobre o processo de tomada de decisão.

A tomada de decisão clínica que definimos, de forma inovadora, inclui a avaliação do impacto da própria decisão. Porque na clínica de enfermagem as decisões acontecem de forma sistemática e têm efeitos quase imediatos, que por razões de segurança do doente têm que ser avaliadas a curto prazo. E com isso poder minimizar o efeito de fatores intervenientes já abordados, ou outros enviesamentos e assegurar que a decisão foi a desejada. Uma decisão que não é avaliada é tida como inexistente ou irrelevante.

A possibilidade de reformular a tese permitiu-me uma atualização das referências bibliográficas e o confronto destas com as anteriores. E posso concluir que a literatura já antes identificada mantém ainda atualidade na informação. Condição esta que foi tranquilizante e me oferece segurança pessoal intelectual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agard A. S., & Lomborg, K. (2011). Flexible family visitation in the intensive care unit: nurses' decision-making. *Journal of clinical nursing*, 20(7-8), 1106-1114.
- Aitken L.M. (2003). Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal Clinical Nursing* 12 (4), 476-483
- Amezcuca M., & Gálvez T. A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública*, 76, 423-436.
- Abdelkader F. A., & Othman, W. N. (2017). Factors affecting implementation of nursing process: nurses' perspective. *IOSR-JNHS*. [Internet], 6(3), 76-82.
- Alligood M. R. (2014). Teoria da enfermagem: utilização & aplicação. Maryland, Heights, (MO): Mosby-Elsevier.
- Almeida F. J. R. D. & Sobral, F. J. B. D. A. (2005). Emoções, inteligência e negociação: um estudo empírico sobre a percepção dos gerentes portugueses. *Revista de Administração Contemporânea*, 9(4), 9-30.
- Apóstolo J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Aragão J. C. S., & Almeida, L. S. (2017). A estrutura do raciocínio clínico: Subsídios para formulação de um instrumento de avaliação. *Atas do V Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho*, 63.
- Argyle M. (1976) *Social interactions Science*. 3;194 (4269), 1046-7.
- Asmirajanti M., Hamid, A. Y. S., & Hariyati, R. T. S. (2019). Nursing care activities based on documentation. *BMC nursing*, 18(1), 1-5.
- Baggio M A; Erdmann, Alacoque Lorenzini (2010) Multiple Relationships of Nursing Care: The Emergence of Care "of the us" *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(5): [08 telas] set-out www.eerp.usp.br/rlae
- Banning M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of clinical nursing*, 17(2), 187-195.

- Baron J. (2007). *thinking and decision*. Cambridge University Press University of Pennsylvania 4 edição Disponível: [www. Cambridge.org](http://www.Cambridge.org) 978-0-521-86207-3
- Benner P., kyriakidis, P H., Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care a thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company: New York. E-book ISBN: 978-0-8261-0574-5.
- Benner P. (2004). Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education *Bulletin of Science, Technology & Society*, Vol. 24, No. 3, June, 188-199
- Benner P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição original por Patrícia Benner. Tradução de Quarteto editora
- Benner P., Hooper-kyriakidis P., Stannard D. (1999). *Clinical Wisdom and Interventions in Critical Care: A Thinking-in-Action Approach* Saunders, Philadelphia
- Benner P., Tanner C., Chelsea C. (1996). *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics* New York, NY: Springer Publishing Company.
- Benner P.; Tanner C. Chelsea C (1992). From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Ans Advanced Nursing Science*, Mar; 14 (3): 13-18
- Betts J., Dickison P., Woo A., Kim D., Lou X., Williams, N., ... & Sutherland, K. (2016, March). SYMPOSIUM: Measuring Clinical Judgment in the Nursing Field: Application of a Decision-Making Model and Investigation of Technology Enhanced Items. In *ITC*
- Bjork I. T.; Kirkevold M. (2000). From simplicity to complexity: development a model of pactical skill performance in nursing: In *journal of Clinical Nursing*; 9: 620-631
- Boblin-Cummings, Baumann A., Deber R. (1999). Critical elements in the process of decision-making: a nursing perspective. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12 (1), pp. 6–13
- Bond S., Cooper S. (2006). Modelling emergency decisions: recognition-primed decision making. The literature in relation to an ophthalmic critical incident. *Journal Clinical Nursing* Aug 15 (8) p. 1023-1032

- Bonis, S. A. (2009). Knowing in nursing: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 65(6), 1328-1341.
- Bowers B.J., Luring C., Jacobson N. (2001). How nurses manage time and work in long-term care In *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4), pp. 484–491
- Braga R. (2012). Os registos clínicos e a codificação. *Rev Port Med Geral Fam*; 28:155-6
- Broekema S., Paans W., Roodbol P. F., & Luttik M. L. A. (2020). Nurses' application of the components of family nursing conversations in home health care: a qualitative content analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(2), 322-331.
- Brookfield S.D. (1987). *Developing Critical Thinkers: Challenging Adults to Explore Alternative Ways of Thinking and Acting* Jossey-Bass, San Francisco, CA
- Brown H. (2011). The role of emotion in decision-making. In: *The Journal of Adult Protection* Vol. 13 No. 4 2011, pp. 194-202
- Bruner J. S. (2009). *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press
- Buckingham C. D.& Adams A. (2000). Classifying clinical decision making: a unifying approach: In *Journal of Advanced Nursing* Oct. 32 (4) p. 981-989
- Bucknall T. K. (2003). The clinical landscape of critical care: nurses' decision-making *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3) pp. 310–319
- Bucknall T. K. (2000). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of clinical nursing*, 9(1), 25-36.
- Carnelvali D., Mitchell P., Woods N., T C (1984). *Diagnostic reasoning in nursing*. J B Lippincott Company, Philadelphia.
- Carnelvali D., Thomas M. D. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*. J B Lippincott Company, Philadelphia.
- Carpenito L. J. (1991). *Diagnostico de enfermería: aplicación a la práctica clínica*. 3ª Ed. Interamericana - McGraw-Hill Madrid.
- Carper B. (1999). Fundamental Paterns of Knowing in Nursing in Polifroni E. Carol & Welch Mary Louise *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: an historical*

and contemporary anthology. Edited by Polifroni E. Carol & Welch Mary Louise Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Carr S. M. (2004). A framework for understanding clinical reasoning in community nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 850-857

Carvalho E. C. (2004). Nursing process: application to the professional practice. Online *Brazilian Journal of Nursing* v. 3, n. 2

Carvalho E. C. D., Cruz, D. D. A. L. M., & Herdman, T. H. (2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(SPE), 134-141.

Carvalho E. C.; Martins F.T.M.; Dalri M. C. B.; Canini S. R.M.S.; Laus A.M.; Bachion M. M.; & Rossi L.A. (2008). Relações entre a coleta de dados, diagnósticos e prescrições de enfermagem a pacientes adultos de uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* julho-agosto; 16(4) www.eerp.usp.br/rlae

Carvalho E. C. de, Oliveira-Kumakura A. R. S, & Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Moraes. (2017). "Clinical reasoning in nursing: teaching strategies and assessment tools." *Revista brasileira de enfermagem* 70.3: 662-668

Charmaz K. (2009). A construção da teoria fundamentada- Guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed.

Chase S. (1995). The social context of critical care clinical judgment *Heart and Lung*, 24 (2) pp. 154-162

Chinn P.; Kramer M. (1999). *Theory and nursing, integrated knowledge development*. Mosby: St. Louis

Choo C. W. (2003). *A Organização do Conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões*. São Paulo: Editora Senac São Paulo.

Clark J. (1991). Nursing: an intellectual activity *British Medical Journal* 303 (6799) p. 376.

- Clark. E S. A. & Eiser C. (2004). The measurement of health-related quality of life in pediatric clinical trials: a systematic review. *Health Quality Life Outcomes*, 22: 2-66.
- Coenen, A., Pesut, D. (2002). Global nursing language: Making international nursing visible. *Journal of Professional Nursing*, 18, 3, 113-114.
- Collière M. F. (1996). *Soigner...Le premier art de la vie*. Inter Editions: Paris.
- Cone K. J., Murray R. (2002). Characteristics, insights, decision making and preparation of ED triage nurses: In *Journal Emergency Nursing* Oct. 28 (5) p.401-406.
- Cooksey R. W., (1996). *Judgement Analysis: Theory, Method and Applications*. Academic Press, New York.
- Corcoran-Perry Sheila, Narayan, Suzanne, Cochrane & Sally; (1999). Coronary care nurses' clinical decision making. *Nursing & Health Sciences*, Mar; 1 (1):49-61.
- Cruz D.M., Pimenta C.M., Lunney (2009). Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40 (3) pp. 121–127.
- Cruz D A. L. M. da (1992). Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na pesquisa. *Ver. Esc. Enf. USP*, vol.26, nº3.
- Currey J., Botti M. (2006). The influence of patient complexity and nurses' experience on haemodynamic decision-making following cardiac surgery: In *Intensive & Critical Care Nursing* Aug 22 (4) p. 194-205. doi: 10.1016 / j. iccn.2005.06.005. Epub, 24 de março de 2006.
- da Cruz D., Pimenta C.A. (2005). Evidence-based practice applied to diagnostic reasoning. *Rev Lat Am Enfermagem*. 13(3):415-22.
- Davis K., White S., & Stephenson M. (2016). The influence of workplace culture on nurses' learning experiences: a systematic review of qualitative evidence. *DBI database of systematic reviews and implementation reports*,14(6), 274-346.
- Dowding D., Spilsbury K, Thompson C., Brownlow R., & Pattenden J. (2009). The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice.

- de Paula S. C., Bicalho P. G., Martins E. F., & de Errico L. D. S. P. (2019). Fatores intervenientes na implantação da informatização do processo de enfermagem. *Journal of Health Informatics*, 11(4).
- Decker D.M. (2006). From novice to expert: the process continues *ONS News*, 21 (8) p. 15.
- Dervin B. (1986). Information, needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology New York*, v. 21, 3-33.
- Despins L.A., Scott-Cawiezell J. & Rouder J.N. (2010). Detection of patient risk by nurses: a theoretical framework. *Journal of Advanced Nursing* 66(2),465–474.
- Dewey J. (1909). *How we think*. D. C. Health & CO., Publishers. Chicago.
- Dillard N., S. Sideras M. Ryan M.H. Carlton K. Lasater A., & Siktberg (2009). A collaborative project to apply and evaluate the clinical judgment model through simulation *Nursing Education Perspectives*, 30 (2) pp. 99–104.
- Doane G. (2002). Beyond behavioral skills to human-involved processes: relational nursing practice and interpretive pedagogy *Journal of Nursing Education*, 41, pp. 400–404.
- Doenges M., Moorhouse M. F. (2003). *Application of nursing process and nursing diagnosis an interactive text for diagnostic reasoning*. 4ª Ed F. A. Davis Company Philadelphia DOI 10.3758/s13423-014-0714-2.
- Doenges M., Moorhouse M. F. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem – Um texto interativo para o raciocínio diagnóstico*. 5ª Edição Lusociência.
- Donna M. E (1995). Nurses' Judgment as they care for persons who exhibit impaired judgment: A phenomenological study. *Journal of professional nursing*, Vol.11, Nº2, 98-109.
- Douw G.; Schoonhoven L., Holwerda T; Huisman-de W. G.; Van Z., Arthur R H; Van Achterberg T.; Van der Hoeven; Johannes G (2015). Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care hospitals: a systematic review. *Critical Care*

- Dowding D, Spilsbury K, Thompson C, Brownlow R, Pattenden J. (2009). The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice. *J Clin Nurs*. May;18(9):1313-24.
- Dowie, Jack, Elstein & Arthur (2009). *Professional Judgment: a reader in clinical decision making* 6^a ed. Downloaded from <http://bst.sagepub.com> at UNIV OF UTAH on April 8.
- Downey C. L., Chapman S., Randell R., Brown J. M., & Jayne D. G. (2018). The impact of continuous versus intermittent vital signs monitoring in hospitals: A systematic review and narrative synthesis. *International journal of nursing studies*, 84, 19-27.
- Dreyfus H. L., Dreyfus S. E. & Benner P (1996). Implications of the phenomenology of expertise for teaching and learning everyday skillful ethical comportment. In Benner P., Tanner C. & Chesla C. (Eds.), *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics* (pp. 258–279). New York, NY: Springer Publishing Company.
- dos Santos B. M. (2019). O corpo nos contextos do cuidado: reflexões sobre as concepções no campo da enfermagem. *ACENO-Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 6(12), 233-246.
- Dunbar K., & Fugelsang J. (2004). Causal thinking in science: How scientists and students interpret the unexpected. in M. E. Gorman, A. Kincannon, D. Gooding, & R. D. Tweney (Eds.), *New Directions in Scientific and Technical Thinking*. Lawrence Erlbaum. Hillsdale, NJ.
- Ebright P.R., E. Patterson B. Chalkorender M. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings *Journal of Nursing Administration*, 33 (12) pp. 630–638.
- Ebright P.R., Urden L, Patterson E, Chalko B. (2004). Themes surrounding novice nurse near-miss and adverse-event situations *Journal of Nursing Administration*, 34 (11) pp. 531–538.
- Elliott N. (2010). Mutual intacting: a grounded theory study of clinical. *Journal of Advanced Nursing*. Dec;66(12):2711-21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05412.x. aug 16.

- Elstein A (1988). Cognitive Processes in clinical inference and decision making in: Reasoning, inference, & judgment in clinical psychology. Editors Turk Dennis & Salovey Peter. Collier Macmillan Publishers: London.
- Elstein A., Dowie J. (1999). Professional judgment. A reader in clinical decision making: 6° Ed. Edited by Elstein a., Dowie j. Cambridge University Press.
- Etheridge S.A. (2007). Learning to think like a nurse: stories from new nurse graduates: In Journal Continuing Education Nursing 38 (1) p. 24-30.
- Evans C. (2005). Clinical decision-making theories: patient assessment in Emergency Nurse, 13 (5), pp. 16–19.
- Evans G (2005). A importância do ambiente físico Psicologia USP, 2005, 16(1/2), 47-52.
- Evelyn J.S., Hovenga, Cherrie L, (2020). Enfermagem e modelos organizacionais de cuidados, medindo a Capacidade de Cuidar Usando Dados de Enfermagem, 10.1016 / B978-0-12-816977-3.00006-X, (153-180)
- Facione P.A., Facione N.C., Giancarlo C. A.F. (1997). Professional judgment and the disposition toward critical thinking. California Academic Press.
- Farčić N., Barać I., Lovrić R., Pačarić S., Gvozdanović Z., & Ilakovac V. (2020). The Influence of Self-Concept on Clinical Decision-Making in Nurses and Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3059. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093059>
- Farinde, A. (2014). The Interprofessional Management of Dementia-Related Behavioral and Psychological Disturbances. *Health and Interprofessional Practice* 2(2): eP1064 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7772/2159-1253.1064>.
- Fasolino, T., Verdin, T. (2015). Nursing surveillance and physiological signs of deterioration. *MedSurg Nursing*, 24(6), 397.
- Feinstein A.R (1994). Clinical judgment revisited: The distraction of quantitative models. *Annals of Internal Medicine*, vol 120 Issue 9 pp. 799-805.
- Flanagan J. (2019). Nursing Knowledge Development: Making the Implicit, Explicit *International Journal of Nursing Knowledge* Volume 30, No. 2, April

- Flick U (2005). Métodos qualitativos na investigação científica. Ed. Monitor-Projetos e Edições Lda. Lisboa.
- Fonseca A., Lopes M., Sebastião L. & Magalhães D. (2013). Conhecimento em enfermagem: representações sociais construídas por estudantes de formação inicial. In F. Mendes, L. Gemitto, & M. Lopes (Eds.), *Enfermagem Contemporânea. Dez Temas, Dez Debates* (Vol. 1, 30-45). Evora: Universidade de Évora.
- Fossum M., Alexander G. L., Göransson K. E., Ehnfors M., Ehrenberg A. (2011). Registered nurses' thinking strategies on malnutrition and pressure ulcers in nursing homes: a scenario-based think-aloud study In *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2425–2435 2425.
- Fry M. (2011). Literature review of the impact of nurse practitioners in critical care services. *Nursing in critical care*, 16(2), 58-66.
- Gambrill E., & Dawes R. (2003). Ethics, science, and the helping professions: A conversation with Robyn Dawes *Journal of Social Work Education*, 39(1), 27–40.
- García M.R. (2010). Los aportes del Pragmatismo de William James y la Fenomenología Social de Alfred Schütz a la Comunicación. *MATRIZES* v. 3, n.2, 221-235.
- Garcia, T. R.; Nóbrega, M. M. L (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nery Rev Enferm jan-mar*; 13 (1): 188-193.
- Gardner H. (2002). A nova ciência da mente. Lisboa. Ed. Relógio d'Água.
- Gillespie M. (2010). Using the Situated Clinical Decision-Making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Education Practice* Nov;10 (6):333-40. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.02.003>
- Gillespie M., Paterson B. (2009). Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework *Nursing Education Perspectives*, 30 (3), pp. 164–170.
- Gilovich T., Griffin D., Kahneman D. (2003). Heuristic and biases. The psychology of intuitive judgment: Edited by Gilovich T., Griffin D., Kahneman D. Cambridge University Press.
- Gingras F. P (2003) A sociologia do conhecimento In *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. 3ª edição. Lisboa. Lusociência.

- Gooske D., Getty Huisman-de W., Arthur R.H. Van Zanten, Johannes G., Van der H., Lisette S. (2016). Nurses' 'worry' as predictor of deteriorating surgical ward patients: A prospective cohort study of the Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score. *International Journal of Nursing Studies* 59 134–140
- Gordon M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application*. 3 ed St. Louis: Mosby
- Gray T. F., Nolan, M. T., Clayman M. L., & Wenzel J. A. (2019). The decision partner in healthcare decision-making: A concept analysis. *International journal of nursing studies*.
- Griffith, E. E. & Young, J. L. (1988). A cross-cultural introduction to the therapeutic aspects of Christian religious ritual.
- Guimarães H. C. Q. C. P.; Pena S. B.; Lopes J.L, Lopes C. T.; Barros A. L. B. L. (2015). Experts for Validation Studies in Nursing: New Proposal and Selection Criteria *International Journal of Nursing Knowledge*
- Habermas J. (1996). *La Lógica de las Ciencias Sociais*. 3ª Ed. Madrid: Tecnos.
- Hagbaghery M. A., Salsali M., Ahmadi F. (2004). The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study In *BMC Nursing* 2004, 3 <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/2>.
- Hamm R. M. (1988). Clinical Intuition and Clinical Analysis: Expertise and the Cognitive Continuum. In J. Dowey, & A. Elstein (Eds), *Professional Judgment: A Reader in Clinical Decision Making*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammond K.R., Hamm R.M., Grassia J. & Pearson T. (1997). Direct comparison of intuitive and analytical cognition in expert judgement. In *Research on Judgement and Decision Making* (Goldstein W.& Hogarth R.M., eds), Cambridge University Press, New York, pp. 144–180.
- Hancock H. C., Easen PR. (2006). The decision-making process of nurses when extubation following cardiac surgery: an ethnographic study: In *International Journal Nursing Studies* 43 (6) p. 693-705
- Hanoch, Pachur (2004). Nurses as information providers: facilitating understanding and communication of statistical information *Nurse Education Today*, apr; 24(3): 236-43.

- Hanson (1994). *Decision Theory: A Brief Introduction* Department of Philosophy and the History of Technology Royal Institute of Technology (kth) Stockholm.
- Harbison J. (1991). Clinical decision making in nursing In *Journal of Advanced Nursing*, 16 (4) pp. 404–407.
- Harbison J. (2006). Clinical judgement in the interpretation of evidence: a Bayesian model
- Haselager W. F. G., Gonzalez M. E. Q. (2002). Causalidade circular e causação mental: uma saída para a oposição internalismo versus externalismo? *Manuscrito: Revista Internacional de Filosofia*. Campinas, v. 25, p. 199-216. Número especial.
- Hassani P, Abdi A, Jalali R (2016). State of Science, "Intuition in Nursing Practice": A Systematic Review Study. *Journal Clinical and Diagnostic Research*. Feb; 10 (2): JE07-11. DOI: 10.7860//2016/17385.7260.
- Hedberg B., Larsson U (2003). Observations, confirmations and strategies-useful toll decision-making process for nurses in practice? In *Journal Clinical Nursing* 12 (2) p. 215-222.
- Hedberg B., Larsson U (2004). Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal Clinical Nursing* Mar 13 (3) p. 316-324.
- Hees Marc (2004). A motivação: ilusão e fonte de sofrimento pp.31-50. *Cuidar neste mundo* Walter Hesbeen ed. Lusociência.
- Helversen B, & Rieskamp J.(2009). Models of quantitative estimations: rule-based and exemplar-based processes compared. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*. 35(4), 867-89.
- Hendry C., Walker A. (2004). Priority setting in clinical nursing practice: a literature review In *Journal of Advanced Nursing*, 47 (4) pp. 427–436.
- Herdman T. (2011). Qual é o conhecimento de enfermagem necessário para desenvolver a prática de enfermagem? *Revista Eletrônica De Enfermagem*,13(2), 159-64.
- Hesbeen W., Marquis, J. (1993). Réflexions sur le soin infirmier. *Gestions hospitalières*, (323), 123-127.

- Holyoak K. J & Morrison R. G (2005). Thinking and reasoning: A reader's guide in K. Holyoak & B. Morrison (eds.), *The Cambridge Handbook of Thinking and Reasoning*. Cambridge University Press. pp. 1—9.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.017>
- Huckabay L. M. (2009). Clinical reasoned judgment and the nursing process. *Nursing Forum* (Vol. 44, April. No. 2, pp. 72-78). Malden, USA: Blackwell Publishing Inc
doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00130.x
- Itano J.K. (1989). A comparison of the clinical judgment process in experienced registered nurses and student nurses: In *Journal Nursing Education* Mar 28 (3) p. 120-126.
- Jacobs S., Wilkes L. M., Taylor C., Dixon K. A. (2016). Addressing the challenge of developing a conceptual definition for clinical judgment. *Nursing and Health*, 1-8.
- Jasper M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. Foundations in Nursing and Health Care. Ed. Series: Lynne Wiggins.
- Jennings F. L., & Mitchell, M. (2017). Intensive care nurses' perceptions of Inter Specialty Trauma Nursing Rounds to improve trauma patient care—A quality improvement project. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 35-43.
- Jesus E. H. (2006). *Decisão Clínica de enfermagem: Formasau- Formação e Saúde Lda*. Coimbra.
- Joanna Briggs Institute (JBI, 2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers` Manual: 2011 Edition*. Retrieved from [http://www.joannabriggs.edu.au/documents/JBI-Reviewers](http://www.joannabriggs.edu.au/documents/JBI-Reviewers%20Manual-2011) 20Manual-2011.
- Johansson M. E., Pilhammar E., Willman A (2009). Nurses' clinical reasoning concerning management of peripheral venous cannulae in: *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3366–3375 doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02973. x.
- Johansen M. L., O'Brien J. L. (2016). Decision making in nursing practice: a concept analysis. In *Nursing forum* (Vol. 51, No. 1, pp. 40-48).
- JuHee L. Young J. L., JuYeon B., Minjeong S. (2016). Habilidades de raciocínio clínico e processo de raciocínio de enfermeiras: um estudo de reflexão em voz alta *Enfermeira Educação Hoje* Volume 46, novembro, páginas 75-80

- Junnola T., Eriksson E., Salanterä S., Lauri S. (2002). Nurses' decision-making in collecting for the assessment of patients' nursing problems: In *Journal Clinical Nursing* Mar. 11 (2) p. 186-196
- Kahl C., Meirelles BHS, Cunha KSD, Bernardo MDS, Erdmann AL (2019). Contributions of the nurse's clinical practice to Primary Care. *Rev Bras Enferm.*;72(2):354-359. doi:10.1590/0034-7167-2018-0348
- Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KSD. (2018). Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP.*;52:e03327. doi:10.1590/s1980-220x2017025503327
- Kahneman D., Slovic P., Tversky A. (2005). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. 21^a Ed. Edited by Kahneman D., Slovic P., Tversky. Cambridge University Press.
- Kahneman D. (2012). *Pensar Depressa e Devagar*. Ed. Temas e Debates-círculo de leitores.
- Kahneman D. (2003). A perspective on judgment and choice: mapping bounded rationality. *American Psychologist*, 58 (9), 697-720.
- Kamly C, Honda I, Kasaoka K, Egawa T, Yada M, Miyawaki I.(2012). Cues for nursing diagnosis of ineffective self-management of fluid and dietary restrictions in dialysis therapy in Japan. *Int J Nurs Knowl*,23 (1),45-59
- Kennedy C.M. (2004). A typology of knowledge for district nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing* Feb 45 (4) p. 401-409.
- Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. (1994) *El Pensamento Enfermeiro*. Ed. Masson, S.A. Barcelona
- Kilpatrick K. (2008). Praxis and the role development of the acute care nurse practitioner. *Nursing Inquiry* 15(2): 116–126.
- Kim, D. S., Eun, Y., & Kim, H. S. (2002). Patient-Nurse Collaboration in Nursing Practice: A Korean Study. *Journal of Korean Academy of Nursing*,32(7), 1054-1062.

- Koskela T. H., -Pekka Ryyanen O, Soini E. J. (2010). Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: A Bayesian approach. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28, 55–61
- Kuhlmann K. L. (2008). Promoting healthy actions: a middle range theory. In: *Innovations in Theory Development for the Nursing Discipline. Volume II Summer*.
- Kuiper RA., Pesut DJ., (2004). Promoting cognitive and metacognitive reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory: In *Journal of Advanced Nursing* Feb. 45 (4) p. 381-391.
- Lamb B, Sevdalis N. (2011) How do nurses make decisions? *Int J Nurs Stud*. 48(3), 281-4.
- Lamb B. (2011). Guest Editorial / *International Journal of Nursing Studies* 48 281–284.
- Lasater K. (2007). Clinical judgment development: using simulation to create an assessment *Journal of Nursing Education*, 46 (11), pp. 496–503.
- Lauri S., Salanterä, S., Chalmers K., Ekman S. L., Kim H. S., Käppeli S., MacLeod, M. (2001). An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *Journal of nursing scholarship*, 33(1), 83-90.
- Lee J., Chan A. C.M., Phillips D.R. (2006). Diagnostic practise in nursing: A critical review of the literature. *Nursing and Health Sciences* 8, 57-65
- Lefevre A. (2012). *Critical thinking and clinical judgement: A practical approach to outcome-focused thinking*. (5th ed.). St Louise: Elsevier.
- Leoni-Scheiber C., Mayer H., & Müller-Staub M. (2019). Measuring the effects of guided clinical reasoning on the Advanced Nursing Process quality, on nurses' knowledge and attitude: Study protocol. *Nursing open*, 6(3), 1269-1280.
- Leoni-Scheiber C., Hanna M., & Müller-Staub M. (2020) Relationships between the Advanced Nursing Process quality and nurses' and patient's characteristics: A cross-sectional study. *Nursing open* 7.1: 419-429. DOI: 10.1002/nop2.405
- Liao L., Xiao L. D., Chen H., Wu X. Y., Zhao Y., Hu M., ... & Feng, H. (2020). Nursing home staff experiences of implementing mentorship programmes: A systematic

review and qualitative meta-synthesis. *Journal of nursing management*, 28(2), 188-198. Disponível em <https://doi.org/10.1111/jonm.12876>

Lieblich A., Tuval-Mashiach, R. and Zilber, T. (1998). *Narrative Research: Reading, Analysis and Interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Lillemor R. M. Hallberg (2006). The “core category” of grounded theory: Making constant comparisons In *International Journal of qualitative studies on health and well-being*; 1: 141-148.

Lima A. F.C. Kurgant P. (2006). Significados do processo de implementação do diagnóstico de enfermagem para enfermeiras de um hospital universitário. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(5)

Lin PF, Hsu MY, Tasy SL. (2003). Teaching clinical judgment in Taiwan. *J Nurs Res*. 11(3):159-66.

Lira G. V.; Catrib A. M. F. & Nations M K (2003). A narrativa na pesquisa social em saúde: Perspectiva método. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade de Fortaleza.

Lopes M.J (2003). A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem: In *Revista de investigação em enfermagem*, nº 8 agosto.

Lopes M.J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Formasau- Formação e Saúde Lda. Coimbra.

Lousada M. Valentim, M. Lígia P. (2011). Modelos de tomada de decisão e sua relação com a informação orgânica *Perspectivas em Ciência da Informação* jan./mar.16(1):147-164.

Lunney M. (2004). Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem. Estudos de caso e análise: Porto Alegre Artmed.

Magalhães D., Frade, M., Barros, M., Lopes, M. (2018). Microanálise e a análise de dados: Experiências de utilização na Investigação em Enfermagem, *Journal of Aging & Innovation*, 7 (3): 24 -39.

Magalhães D., Lopes, M., & Fonseca, A. (2013). Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: contributos conceptuais e interrogações. In F. Mendes, L.

Gemito, & M. Lopes (Eds.), *Enfermagem Contemporânea. Dez Temas, Dez Debates* (Vol. 1, pp. 46-71). Évora: Universidade de Évora.

Magalhães D. C. (2006). Explicação versus compreensão: antinomia insanável ou dialéctica necessária à compreensão humana. *Pensar Enfermagem* no Vol. 10 nº 1, 2º semestre.

Majid S, Foo S, Luyt B, Zhang X, Theng YL, Chang YK, Mokhtar IA (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*, 99 (3), 229-36.

Malone J. R., Fontenla M., Seers K., Bick D. (2008). Protocol-based care: the standardisation of decision-making? In *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1490–1500 doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02605. x.

Manetti W. (2019). Sound clinical judgment in nursing: A concept analysis. *Nursing forum*, 54(1), 102–110. <https://doi.org/10.1111/nuf.12303>

Manias E., Aittken R., Dunning T. (2004). Decision-making models used by “graduate nurses” managing patients’ medications: In *Journal of Advanced Nursing* Aug. 47 (3) p. 270-278.

Mattox E. A. (2012). Strategies for Improving Patient Safety: Linking Task Type to Error Type in Critical Care Nurse Vol 32, No. 1, February doi: 10.4037/ccn2012303.

McCaughan D. (2007). Community nurse behaviours related to patient involvement in decision making varied on a continuum of non-involving to involving: Evidence-based Nursing 10 doi:10.1136/ebn.10.1.30.

McEwen M., Wills E. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem 2ªed* Porto Alegre: Artmed ISBN 978-85-363-1788-5.

Medina J. L. (1999). *La pedagogia del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Editorial Alertes: Barcelona.

Meleis A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and progress*. 3º Ed. Philadelphia: Lippincott.

Melin-Johansson C., Palmqvist R., & Rönnberg L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making—A mixed-studies review. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 3936-3949.

- Menegon F. H. A., dos Santos J. L. G., Gonçalves N., Kahl, C., Barreto M. S., Gelbcke F.L. (2019). Desenvolvimento do raciocínio clínico de enfermeiros de um serviço hospitalar de emergência. *RevRene(Online)*e40249-e40249.Disponível <http://www.periodicos.ufc.br/rene>
- Mirlashari J, Qommi R, Nariman S, Bahrani N, Begjani J. (2016). Competência clínica e os fatores relacionados com enfermeiras em unidades de terapia intensiva neonatal. *J Caring Sci.* 5 (4): 317-324. Publicado em 1 de dezembro de 2016 doi: 10.15171 / jcs.2016.033
- Moira A (2007). Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality: In *Journal of Nursing Management* May 15 (4) p. 392-402
- Morin E. (1991). *Ciência com Consciência*. Lisboa: Edições Europa América.
- Morin E. (1996). *O Método I* Edições Europa América.
- Nascimento H. R. Wernet M. (2005). O uso do raciocínio clínico contextualizado na realização das prescrições de enfermagem: In *Cadernos. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo*, v. 11, nº2, p. 11-18, Abr/ Jun..
- Narayan S. M., Corcoran-Perry S., Drew D., Hoyman K., Lewis M. (2003). Decision analysis as a tool to support an analytical pattern-of-reasoning. *Nursing & health sciences*,5(3), 229-243.
- National League for Nursing Accreditation Commission (NLNAC) (2007). Accreditation manual Online www.nlnac.org. Retrieved: March 5.
- Newman M. A., Sime A. M., Corcoran Perry S. A. (1999). The Focus of the Discipline of Nursing: In Polifroni, E. C. & Welch, M. - *Perspectives on philosophy of science in nursing. An historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott.
- Nibbelink C. W., Brewer, B. B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of clinical nursing*,27(5-6), 917-928.
- Nibbelink C. W., Carrington, J. M. (2019). Nurse Decision Making in Acute Care. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 37(3), 151-160.

- North American Nursing Diagnosis Association (2000). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 1999-2000. Artmed: Porto Alegre, Nursing 65(6), 1328–1341.doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04951.x.
- Odhiambo B., Murray-Garcia J., Ackerman-Barger K. (2019) Exploring nursing knowledge of black american diversity. Journal of Cultural Diversity Summer; 26(2): 69-75.
- O’Neil E.S. (1994). The influence of experience on community health nurses’ use of the similarity heuristic in diagnostic reasoning: Scholarly Inquiry for Nursing Practice 8 (3) p. 261-272.
- O’Neill E. S. (1995). Heuristics reasoning in diagnostic judgment. Journal of Professional Nursing 11, 239-245.
- O’Neill ES (1997) .A longitudinal framework for fostering critical thinking and diagnostic reasoning. Journal of Advanced Nursing, Oct; 26 (4): 825-32.
- Oliveira, S. C., Corrêa, B. T., Dodde, H. N., Pereira, G. L., & Aguiar, B. G. C. (2019). The Nurse Approach Towards the Detection of Antecedent Signs and Symptoms of Sepsis in Patients at a Nursing Ward/O Enfermeiro na Detecção dos Sinais e Sintomas que Antecedem Sepse em Pacientes na Enfermaria.*Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1307-1311.
- Pain, T., Kingston G., Askern J., Smith R., Phillips S., Bell L. (2017). How are symbolicoallied health notes used for inpatient care and clinical decision-making? A qualitative exploration of the views of doctors, nurses and allied health professionals. *Health Information Management Journal*, 46(1), 23-31.
- Polanyi M, Prosch H (1977). Meaning. Ed: University of Chicago Press: Chicago and London. ISBN: 0-226-67295-6 (ppbk).
- Ponte P. R., Glazer G., Dann E., McCollum K., Gross A., Tyrrell R., Branowicki P., Winfrey M., Cooley M., Sant-Eloy S., Hayes C., Nicolas P. K., Washington D. (2007). The power of professional nursing – An essential element of patient and family centered care: In the Online Journal of Issues in Nursing January 31.
- Potter P., L. Wolf, S. Boxerman, D. Grayson, J. Sledge, C. Dunagan, B. Evanoff (2005). Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment Journal of Nursing in: Administration, 35 (7/8) pp. 327–335.

- Price B.; Harrington A. (2011). *Critical Thinking and Writing for Nursing students*. 2^a ed. Ed: Learning Matters Lda.
- Quaresma A., Xavier, D. M., Cezar-Vaz M. R. (2019). Nurses' clinical reasoning: a Dual Process Theory approach/Raciocínio clínico do enfermeiro: uma abordagem segundo a Teoria do Processo Dual/Razonamiento clínico del enfermero: un enfoque según la Teoría del Proceso Dual. *Enfermagem Uerj*, 27, NA-NA.
- Quatrini C. P. Guimarães H. C., Pena, S. B., Lopes, J. D. L., Lopes, C. T., Bottura L. de Barros, A. L. (2016). Experts for validation studies in nursing: new proposal and selection criteria. *International journal of nursing knowledge*, 27(3), 130-135.
- Queirós P. J. P. (2014). Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 29-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13120>
- Queirós P.J.P. (2015). The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. *Invest Educ Enferm.*; 33(1): 83-91.
- Ramezani-Badr F., Nasrabadi A N., Yekta, Z. P., Taleghani F. (2009). Strategies and Criteria for Clinical Decision Making in Critical Care Nurses: A Qualitative Study in *Journal of Nursing Scholarship*, 2009; 41:4, 351–358. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01303. x.
- Rashotte J, Carnevale FA. (2004). Medical and nursing clinical decision making: a comparative epistemological Analysis 5(2):160-74.
- Reed P. G.; Lawrence, L. A. (2008). A paradigm for the production of practice-based knowledge. *Journal of Nursing Management*, 16: 422–432. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00862. x.
- Rendas A., Fonseca M., Rosado P., P. (2013). Utilização de mapas conceptuais no ensino da fisiopatologia In *Fisiopatologia: Fundamentos e Aplicações* 2^a ed. LIDEL Edições Técnicas, Lda. Lisboa.
- Riesseman C., Kohler (2001). Analysis of Personal Narratives. *Handbook of Interviewing*, edited by J.F. Gubrium and J.A. Holstein, Sage Publications.
- Ritter B. (2003). An analysis of expert nurse practitioners' diagnostic reasoning: In *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, Mar Vol. 15 (3) p. 137-143.

- Rodrigues J. Caricatti A. (2009). A pragmática no contexto da identificação de autoria de textos. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 38, n. 1, p. 124-133, jan./abr.
- Rodrigo O., Caís, J., & Monforte-Royo, C. (2017). Professional responsibility and decision-making in the context of a disease-focused model of nursing care: The difficulties experienced by Spanish nurses. *Nursing inquiry*, 24(4), e12202.
- Rouanet L. P. (2011). Democracia deliberativa: entre Rawls e Habermas Deliberative democracy: between Rawls and Habermas In: *Veritas Porto Alegre* v. 56 nº 1 jan./abr. 2011 p. 52-63.
- Sakamoto M. L. (2018). Nursing knowledge: A middle ground exploration. *Nursing Philosophy*, 19(3), e12209.
- Salantera L. S., Chalmers k., Ekman S. L. Kim H., Kappeli S., Macleod M. (2001). An exploraty study of clinical decision making in five countries: In *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (1) p.83-90.
- Salantera S., Eriksson E., Junnola T., Salminen E.K., Lauri S. (2003). Clinical judgment and information seeking by nurses and physicians working with cancer patients: In *Psychooncology* apr-may 12 (3) p. 280-290.
- Sarah B. S., Agnieszka & Konopka (2015). Processes of incremental message planning during conversation. *Psychon Bull Ver.* 22:833–843.
- Sayão L.F. (2001). Modelos teóricos em ciência da informação- Abstração e método científico. *Ci.inf.*, Brasília vol.30, n1.p.82-91.jan/abr.
- Schalock R., Luckasson R. (2005). Clinical judgment. Edited by American Association on Mental Retardation.
- Schön D. A. (1999). From technical rationality to reflection-in-action. In: *Professional Judgment: a reader in clinical decision making*. 6ª ed., Edited by Jack Dowie and Arthur Elestein. Cambridge University.
- Seright T. J. (2011). Clinical decision-making of rural novice nurses. *Rural and Remote Health*, 11(3), 1726.
- Simmons B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1151–1158.doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05262. x.

- Simmons B., Lanuza D., Fonteyn M., Hicks F., Holm K. (2003). Clinical reasoning in experienced nurses: In *Western Journal of Nursing Research* Oct. 25 (6) p. 701-719
- Smyth O., & McCabe, C. (2017). Think and think again! Clinical decision making by advanced nurse practitioners in the Emergency Department. *Int Emerg Nurs*, 31, 72-4.
- Sousa L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S. P., & Pestana, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54.
- Spivak M., Smith A., Logsdon M.C. (2011). Developing expert clinical nurses: grow them, hold them and let them walk away. *Journal of Nursing Management* 19, 92–97.
- Standing M. (2008). Clinical judgement and decision-making in nursing nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 124–134 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04583. x
- Strauss A., Corbin J. (2009). *Pesquisa qualitativa-técnicas e procedimentos de teoria fundamentada* 2ª ed. Porto Alegre: Arned.
- Tanner C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing: In *Journal Nursing Education* 45 (6) p. 204-211.
- Taylor C. (2002). Assessing patients’ needs does the same information guide expert and novice nurses? In *International Nursing Review*, 49, pp. 11–19.
- Taylor C. (2000). Clinical problem-solving in nursing: insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, Apr; 31 (4):842-849
- Theodoridis K. (2018). Nursing as concrete philosophy, Part I: Risjord on nursing knowledge. *Nursing Philosophy*, 19(2), e12205.
- Thompson C. (1999). A conceptual treadmill: The need for ‘middle ground’ in clinical decision-making theory in nursing: In *Journal of Advanced Nursing* 30 (5) p. 1222-1229.
- Thompson C., Dowding D. (1999). *Clinical decision making and judgment in nursing*. Edited by Carl Thompson & Dawn Dowding: Mosby and Saunders.

- Thompson C., Mccaughan D., Cullum N., Sheldon T., Raynor P. (2006). Barriers to evidence-based practice in primary care nursing-why viewing decision-making as context is helpful: In *Journal of Advanced Nursing* Nov. 52 (4) p. 432-444.
- Thompson C. (2003). Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *Journal of advanced nursing*, 43(3), 230-237.
- Tomey A. M. Alligood M. R (2004) *Teóricas de enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Ed: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures. ISBN 972-8383-74-6
- Tomey A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência, 301-333.
- Traynor M., Boland M., Buus N. (2010). Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making *Journal Advanced Nursing*. Jul, 66 (7):1584-91.
- Twycross A., Powis L. (2006). How do children's nurses make clinical decisions? Two preliminary studies: In *Journal Clinical Nursing* Oct. 15 (10) p. 1324-1335.
- Vygotsky L. S. (2008). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Watson J. (2002). *Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Whetten D. A. (2003). Desenvolvimento de teoria. O que constitui uma contribuição teórica? *RAE-revista de administração de empresas*, 43(3), 69-73
- Wolf L. D., Potter P., Siedge J. A., Boxerman S. B., Grayson D., Evanoff B. (2006). Describing nurses' work: combining quantitative and qualitative analysis: *The Journal of Human Factors and Ergonomics Society* 48 (1) p. 5-14.
- Wong T. K. & Chung J.W.(2002). Diagnostic reasoning processes using patient simulation in different learning environment. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 65-72
- Yang H. & Thompson C. (2010). Nurses' risk assessment judgements: a confidence calibration study. *Journal of Advanced Nursing* 66 (12), 2751–2760.

- Yates, J. F., Veinott, E. S., Patalano, A. L. (2003). Hard decisions, bad decisions: on decision quality and decision aiding. In: Schneider, S., Shanteau, J. (Eds.), *Emerging Perspectives on Judgement and Decision Making*. Cambridge University Press, Cambridge, p.13-63.
- Yixing S., Lili Y. (2017) Fast and frugal heuristics and naturalistic decision making: a review of their commonalities and differences thinking & reasoning, vol. 23, no. 1, 10_32 <http://dx.doi.org/10.1080/13546783.2016.1152999>
- Young J. L., Horton, F. M., Davidhizer, R. (2006). Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4)p, 412-421
- Young M. E., Thomas, A., Lubarsky, S., Gordon, D., Gruppen, L. D., Rencic, J., ... & Schuwirth, L. (2020). Mapping clinical reasoning literature across the health professions: a scoping review. *BMC medical education*, 20, 1-11.
- Yvonne B, Mackenzie M. J. (2016). Perspectives on transfer of learning by nursing students in primary healthcare facilities. *Journal of Nursing Education and Practice* Vol. 6, No. 11 acedido <http://jnep.sciedupress.com> DOI: 10.5430/jnep.v 6n11p104

ANEXOS

Anexo 1 – Autorização do Conselho de Administração

Solicito informação da
Sr. Prof. Lúcia Tereza Paradas
da Jorge Barroca
sobre a possibilidade
de colaborações no
requerimento

17/09/2008

Jose Chora
Enfermeiro Director

Nota: com destaque
há de incluir a certificação
dos pontos e pontos seleccionados.

HESE/2008/17/30



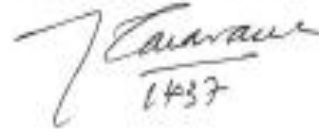


R.

P.

Concordo com
o despacho de
a Sr. Lúcia Tereza
Prof. Chora

EM 2008/08/04


1437

Ao

Conselho de Administração
do Hospital do Espírito Santo

Ao Cuidado do Sr. Enfermeiro Director

Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães, docente da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora vem solicitar autorização para desenvolver o trabalho de campo de um projecto de investigação, na unidade de internamento de cirurgia I do hospital que vossas excelências dirigem. O projecto já aprovado pela Universidade de Lisboa e orientado pelo Prof. Doutor Manuel Lopes enquadra-se no Programa de Doutoramento em Enfermagem.

A temática em estudo é "A Dimensão Processual Do Raciocínio Clínico". O estudo é de natureza qualitativa e orientado pela metodologia "Grounded Theory". As participantes do estudo, para além da investigadora, serão, as enfermeiras da unidade de cirurgia I do Hospital do Espírito Santo de Évora. As participantes serão seleccionadas, intencionalmente, em função da sua experiência clínica. O que significa dizer que serão excluídas as enfermeiras recém licenciadas (considerando-se por opção um período de dois anos). A decisão sobre a escolha do local prende-se com o facto de ser um unidade clínica bem conhecida da investigadora, já que aí foi responsável por cuidados clínicos durante um período de oito anos. Conhece e é conhecida por toda a equipa e tem com ela boas relações de simpatia e confiança e reconhece situações complexas de cuidados. Prevemos, numa primeira etapa, a utilização de observação não participante e entrevistas informais, numa segunda

APÊNDICES

UNIVERSIDADE DE LISBOA



Programa de Doutoramento em Enfermagem

Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães

A Enfermagem na década de cinquenta integrou a ideologia vigente à data, sobre as questões do raciocínio. Apoiada pelas correntes teóricas da psicologia definiu um modelo de raciocínio, instruído por um padrão de etapas sustentadas numa racionalidade técnica. O modelo foi pensado e criado, sob os cânones tradicionais da racionalidade, mas foi paulatinamente posto em causa, porque os enfermeiros não se identificaram com o modelo tradicional do processo de enfermagem (Etheridge, 2005, 2007; Itano. 1989).

As demonstrações ideológicas do processo de pensamento e ação desenvolvidas pelos estudiosos não são compatíveis com aquilo que se observa nas demonstrações empíricas dos investigadores do campo clínico (Benner, 1992,1996; Lopes, 2006; Potter et al, 2005; Tanner, 2006). Porque os cuidados se inscrevem num campo de complexidade, e as variáveis que a enquadram são múltiplas e de diferentes naturezas, a saber:

Da natureza da profissão - A responsabilidade na gestão de situações clínicas; responsabilidade baseada, de uma forma significativa embora não exclusiva, na expressão ou nos assuntos que se referem ao individual; onde os elementos de risco e de incerteza são inevitáveis, impostos pela

natureza dos problemas e associados com um carácter imperfeito do conhecimento e da informação para os avaliar (Benner et al, 1992, 1996; Elstein & Dowie, 1999; Ritter, 2003);

Da natureza das competências profissionais - Os enfermeiros tornaram-se responsáveis pela monitorização e gestão diária da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos doentes; diagnosticam, sem que o nomeiem como tal, e intervém de forma imediata quando as condições clínicas dos doentes se alteram; agilizam a prevenção de complicações e problemas e são as pessoas que reúnem mais condições para intervir no imediato minimizando efeitos negativos, organizam e reorganizam constantemente as prioridades e as intervenções de cuidar para responder às necessidades flutuantes dos doentes (Potter, et al, 2000). Os enfermeiros desenvolvem relações terapêuticas com os doentes e famílias e com a sua perícia promovem bem-estar (Ponte et al, 2007).

Da natureza das limitações humanas - A capacidade cognitiva tem limites para apreender a realidade (Argyle, 1976; Pöppel, 1985; Kahneman et al, 2005). Não é possível simultaneamente ter várias coisas na consciência. Ler um fenómeno e julgá-lo exige esforço intelectual (Helversen et al, 2008). Quanto maior o esforço intelectual, maior o tempo de fixação nele. No mínimo precisamos de 0,2 segundos. Quando é feita uma leitura rápida, assente nos valores mínimos, os saltos oculares são maiores e pode haver distorções cognitivas (Pöppel, 1985). Os julgamentos, as decisões e as ações desenvolvidas não se confinam às leis da probabilidade (Gilovich et al, 2003). Os encontros iniciais com os utentes são influenciados por preconceções e expectativas (Salovey, 1988; Tanner, 2006)

Da natureza do fenómeno - As pesquisas que têm sido desenvolvidas sobre o fenómeno revelam que é interativo, onde os próprios componentes se juntam num continuum de pensamento e ação (Doenges & Moorhouse, 2003; Lopes, 2006), gradual (Carnivali & Thomas, 1993; Lopes, 2006), intuitivo (Gaul, 1994), heurístico (O' Neil, 1994) e onde cada fase depende da precisão da fase que a precede (Carpenito, 1991; Gordon, 1993; Lopes, 2006). A realidade da prática ultrapassa os desenvolvimentos teóricos (Meleis, 1998; Lopes, 2006).

Da natureza das capacidades pessoais – O processo de colheita de dados que é feito de forma sistemática através de juízos percetivos e inferenciais depende da habilidade dos enfermeiros para o fazer (Junnola et al, 2002); é o conhecimento do doente enquanto pessoa que ajuda a identificar os dados que são pertinentes e a partir deles definir prioridade, há uma correlação estatisticamente positiva entre a aquisição de informação e a definição do problema (Junnola et al, 2002; Wolf et al, 2006);

Da natureza da situação clínica – A pesquisa desenvolvida informa que a complexidade da situação interfere nas competências de raciocínio (Curry et al, 2006; Twycross & Powis, 2006); e o mesmo acontece com a **natureza ideológica do enfermeiro** (Carr, 2004). Os enfermeiros não se identificaram com o modelo tradicional, mas têm desenvolvido os cuidados numa forma que dá coerência e consistência ao cuidar. **Então é importante interpretar e compreender como se desenvolve a dimensão processual do raciocínio clínico dos enfermeiros numa unidade de internamento de cirurgia.**

O discernir sobre estas verdades abre atalhos para algumas questões específicas que no seu todo procuram encontrar resposta para o problema de pesquisa:

Quais são os conceitos que suportam a estrutura do raciocínio?

Como é que os conceitos se distribuem para dar suporte à estrutura?

O que regula as inflexões do pensamento e da ação?

Como interagem os diferentes elementos do raciocínio?

Que relação existe entre o pensamento e a ação?

Que tipo de conhecimento subjaz ao pensamento e à ação?

O raciocínio clínico depende do foco da intervenção?

O estudo tem como objetivos:

Conceptualizar a estrutura do processo de raciocínio clínico

Identificar as interações entre os diferentes elementos do raciocínio clínico

Compreender o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros

Depois de tomar conhecimento da problemática e dos objetivos que justificam o estudo e tendo como pressuposto o compromisso da investigadora pelo respeito dos princípios éticos aceito participar como informante no trabalho de pesquisa sobre a dimensão processual do raciocínio clínico.

.....

Apêndice 2 – Grelha PICO

Autores Ano e país	Fenómeno de interesse	População	Contexto
Simmons et al Chicago - 2003	Descrever o processo cognitivo para avaliar os doentes sob a sua responsabilidade	Participaram 15 Enfermeiros com um mínimo de dois anos e máximo de 10 anos de experiência, em tempo completo e que preenchiam os critérios definidos: ser graduado, estar a tempo inteiro na unidade e falar inglês	Ambiente naturalista num estudo desenvolvido em 5 unidades médico-cirúrgica de um hospital escola com 250 camas para uma população geriátrica da cidade de Chicago. A unidade foi escolhida porque o investigador tinha domínio sobre a terminologia ali usada e perícia clínica na área
Curry et al Austrália-2006.	Descrever a perceção que os enfermeiros têm sobre a sua responsabilidade na gestão inicial dos doentes cardíacos, no período das primeiras duas horas de pós-operatório.	Participaram 38 Enfermeiros dos quais 20 com experiência e 18 sem experiência em cuidados cardíacos. Dos 38 enfermeiros 35 são mulheres e três homens. E 23 eram generalistas e os restantes com diversas formações e graduações com idades compreendidas entre os 24 e os 54 anos.	Ambiente naturalista em 3 Unidades de agudos em 2 hospitais metropolitanos em Melbourne.
Hagbaghery et al- Irão- 2004	Compreender os fatores que facilitam e inibem uma efetiva tomada de decisão	Participaram 26 Enfermeiros destes 12 são do nível enfermeiro, 12 são graduados e 2 supervisores. Todos eles tinham mais que cinco anos de experiência profissional a tempo completo.	Ambiente naturalista em Unidades de 4 hospitais tutelados pelo ministério da saúde e da educação em Teerão. Enfermaria de cirurgia, unidade de emergência e unidade de cuidados intensivos.
Manias et al Austrália- 2004	Como é que os enfermeiros tomam	Participaram 12 Enfermeiros iniciados. Critérios: trabalhar um	Ambiente naturalista no internamento médico e

	decisões sobre a gestão da medicação dos seus doentes	mínimo de 24 horas/semana e fazer um programa de graduação dentro do hospital. Do total era 1 homem e 11 mulheres graduados em enfermagem e trabalhavam a tempo completo no hospital. Com idades entre 21 e 45 anos. Todos os participantes já trabalharam durante 1 ano nas unidades de cirurgia colorretal, cardiologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, neurociência, medicina geral, ortopedia e reabilitação.	de urgência do hospital da universidade metropolitana de Melbourne
Kennedy-UK 2004	Explorar o conhecimento usado pelos enfermeiros diplomados tomada de decisão durante a avaliação na 1ª visita	Participaram 11 Enfermeiros com formação comunitária	Ambiente naturalista e nas residências dos utentes
Twycross & Powls-UK -2006	Compreender como é que os enfermeiros pediátricos tomam decisões clínicas	Participaram 12 Enfermeiros do internamento cirúrgico e 15 do internamento médico.	Ambiente naturalista em três internamentos cirúrgicos e três médicos de um hospital pediátrico escocês.
Agard & Lomberg Dinamarca 2010	Identificar e explorar as estratégias gerais usadas pelos enfermeiros dinamarqueses numa unidade de cuidados intensivos nas tomadas de decisão todos os dias acerca visitas dos familiares	Participaram 11 Enfermeiros que trabalhavam na unidade de cuidados intensivos, em diferentes níveis de cuidados; 9 eram mulheres e 2 homens; oriundos de três hospitais diferentes. Os enfermeiros tinham entre 6 meses e 28 anos de experiência de cuidados em unidade de cuidados intensivos. Para além da sua graduação 7 dos 11 enfermeiros tinham sido certificados numa pós-graduação prática de dois anos. Dependendo do nível de cuidados da unidade o ratio era 1:1 e 1:4. Os	Ambiente naturalista em unidades de três diferentes hospitais que representam também diferentes níveis de cuidados; níveis terapêuticos que vão do nível 1 ao nível 3 correspondente e este último a cuidados a pessoas com falência multiorgânica. As unidades de cuidados intensivos tinham 6, 8 e

		enfermeiros trabalhavam turnos de oito horas e por vezes turnos de 12 horas durante os fins de semana.	12 camas respetivamente.
Aitken et al Australia-2008.	Compreender o processo de decisão na avaliação e gestão da sedação de um doente em situação crítica.	Participaram 7 Enfermeiros com graduação e qualificação em cuidados críticos; mais do que 5 anos de experiência e a trabalhar mais de dois dias por semana; consideraram-se peritos nos cuidados ao doente crítico.	ambiente naturalista numa unidade de cuidados intensivo.
Ramezani-Badr et al Irão 2009	Explorar as estratégias de raciocínio e os critérios para tomar decisões usados pelos enfermeiros iranianos	Participaram 14 Enfermeiros; 11 com idades compreendidas entre 25-34 anos e 3 entre 35-44 anos; 12 mulheres e 2 homens; 12 eram bacharéis e 2 mestres; 13 no nível de enfermeiros e 1 enfermeiro graduado; experiência profissional com um mínimo de 3 anos em cuidados críticos.	ambiente naturalista em 4 unidades de cuidados críticos de hospitais com funções educativas filiados na Universidade de ciências médicas de Teerão.
Elliot, Naomi Irlanda 2010	Como desenvolvem práticas avançadas de cuidados agudos em ambulatório	Participaram 21 Enfermeiros qualificados em termos académicos e profissionais que tinham uma prática avançada creditada e sob os critérios: ter uma prática autónoma e com responsabilidade para iniciar e prover intervenções terapêuticas; fazer gestão de casos e trabalhar em cuidados ambulatórios. 19 enfermeiros trabalharam há 3 anos ou mais como especialistas e 16 foram colocados na profissão há mais de 3 anos. Dos 21 informantes 15 colheram dados de doentes da saúde mental e 6, num outro período, colheram dados em doentes acidentados e emergentes. Os resultados dos segundos dados confirmaram os resultados dos primeiros.	ambiente naturalista em 6 organizações de cuidados de saúde na Irlanda localizadas numa vasta área urbana e em cuidados de saúde mental em ambulatório e cuidados ambulatórios em situação de acidentes e emergência

Lundgrén-Laine et al Finlandia -2009	Investigar o processo de tomada de decisão e as necessidades de informação durante a admissão e os procedimentos de alta dos doentes	Participaram 12 Enfermeiros e 6 em cada hospital. Todos tinham entre 5-10 anos de experiência de unidade de cuidados intensivos	ambiente naturalista na unidade de cuidados intensivos de 2 hospitais universitários
Hedberg & Larsson Suécia 2003	Descrever a forma como as enfermeiras tomam decisões relativas à prática clínica	Participaram 6 Enfermeiros graduados, 2 em cada internamento. Todas mulheres e com média de idade de 43 anos. Todos trabalhavam na profissão, numa média de 16 anos (8-29 anos) e com experiência de cuidados noutras enfermarias.	ambiente naturalista nas enfermarias médica, de reabilitação geriátrica e unidade de cuidados de saúde primários, num dos municípios da Suécia
Hedberg & Larsson- Suécia 2004	Explorar os elementos do ambiente que se estão relacionados com o processo de tomada de decisão na prática de enfermagem.	Participaram 6 Enfermeiros graduados, 2 em cada internamento. Todas mulheres e com média de idade de 42 anos. Todas trabalham na profissão numa média de 16 anos.	ambiente naturalista nas enfermarias médica e de reabilitação geriátrica e unidade de cuidados de saúde primários, num dos municípios da Suécia.
Bucknall Austrália 2003	Investigar as influências do ambiente nas decisões dos enfermeiros em contexto real e de cuidados críticos	Participaram 18 Enfermeiros. Todos os participantes trabalhavam pelo menos três turnos por semana com doentes em situação crítica. E 16 enfermeiros tinham idades compreendidas entre 25-34 anos e 2 entre 34-35 anos. 15 mulheres, 3 homens. Todos os enfermeiros faziam todos os turnos exceto 1 que apenas fazia noites. Quanto à designação profissional 6 eram enfermeiros associados (CAN), 6 eram enfermeiros especialistas (CNS) e 6 eram enfermeiros registados (RN). Cada 6 enfermeiros trabalhavam nos diferentes hospitais. As suas	ambiente naturalista em 3 hospitais, um grande hospital público metropolitano com 12 camas de cuidados críticos gerais; um grande hospital privado com 15 camas de cuidados críticos gerais; um grande hospital público regional com uma mistura de camas para doente de cuidados críticos e de grande dependência. Foram selecionados 6

		<p>qualificações eram 13 eram certificados, 3 tinham diploma de enfermagem e 2 eram bacharéis em enfermagem. Quanto às qualificações em cuidados críticos 15 tinham certificado e 3 diploma de graduação. Os anos de experiência profissional dos enfermeiros registados eram 8.78 e dos enfermeiros com experiência em cuidados críticos e treino como enfermeiro 5.28.</p>	<p>enfermeiros para cada hospital</p>
<p>Aitken L. M. Australia-2003</p>	<p>descrever o processo de tomada de decisão usado pelos enfermeiros peritos dos cuidados críticos na monitorização da pressão arterial pulmonar para a gestão hemodinâmica dos seus doentes</p>	<p>Participaram 8 Enfermeiros graduados e certificados com diploma de cuidados críticos e com mais de cinco anos de experiência, incluindo mais do que seis meses a exercer numa unidade de cuidados críticos onde faziam a monitorização e gestão hemodinâmica pelo menos uma vez por semana e que trabalhavam pelo menos dois dias por semana. E que se reconheciam como peritos na gestão hemodinâmica da pressão arterial pulmonar.</p>	<p>Ambiente naturalista na unidade de cuidados intensivos</p>
<p>Traynor et al Dinamarca-2010</p>	<p>estudar a forma como grupos de enfermeiros representam o processo de tomada de decisão profissional</p>	<p>Participaram 26 Enfermeiros organizados em 3 grupos e que frequentavam cursos de pós-graduação para especialistas. Dois grupos tinham 8 enfermeiros cada e um outro tinha 10.</p>	<p>Ambiente académico e na universidade de Londres</p>
<p>Fossum et al Noruega- 2011</p>	<p>explorar as estratégias de pensamento e o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros nas situações clínicas de</p>	<p>Participaram 30 enfermeiros dos quais 29 mulheres e 1 homem; idade entre 25 e 62 anos. A experiência profissional em residências varia de 1 a 37 anos e a experiência de cuidados de saúde hospitalar varia entre 1 e 16 anos. Destes 5 enfermeiros têm pós-</p>	<p>Planeamento de cuidados simulado para pessoas idosas que têm má-nutrição e úlceras de pressão e que estão em residências. Noruega tem sistema de cuidados de</p>

	má-nutrição e úlceras de pressão	graduações em educação para pessoas idosas, 1 em gestão, 1 em nutrição e 1 em enfermagem de saúde pública	saúde primários que incluem cuidados aos idosos. Os lares são financiados, têm apoio dos serviços públicos. A maior parte dos residentes têm mais de 80 anos e necessitam de cuidados continuados. Os médicos são os responsáveis pelas residências, mas estão pouco tempo presentes e os enfermeiros assumem a responsabilidade por todos os aspetos dos cuidados
Dowding et al UK - 2009	Explorar o processo de decisão e tipos de decisão tomadas pelos enfermeiros especialistas em insuficiência cardíaca	Participaram 6 Enfermeiros especialistas em insuficiência cardíaca e 4 dos 6 têm menos experiência e trabalham em tempo completo, um dos enfermeiros é homem e um outro tem o grau de mestre. Foram classificados como experientes aqueles que têm pelo menos três anos de profissão	Ambiente naturalista em 18 consultas de cardiologia numa clínica na comunidade e em casa dos doentes.
Seright USA 2011	Explorar as experiências da tomada de decisão das enfermeiras	12 Enfermeiros graduados e iniciados	Ambiente naturalista em meio rural