

UNIVERSIDADE DO PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

ZÉLIA DE FÁTIMA LIMA MARTINS

***AUTONOMIA NA TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS  
NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO URGENTE/PERMANENTE***

Dissertação apresentada ao ICBAS  
para obtenção do Grau de Mestre em  
Ciências de Enfermagem, sob a  
orientação do Prof. Doutor Manuel  
Rodrigues.

**PORTO**  
**Setembro 2010**

A actual realidade profissional arrastou a enfermeira  
para a procura e expressão da sua nova identidade

Colliere

Dedicatória

À memória do meu Pai

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu filho Luís Carlos razão da minha vida.

À minha família e amigos que compreenderam e aceitaram as ausências sem nunca deixarem de apoiar.

Ao orientador desta dissertação, Professor Doutor Manuel Alves Rodrigues, o profundo reconhecimento pelo seu saber e pertinência das suas observações disponibilidade em nos acompanhar.

Em especial, à minha amiga Ana Isabel, pelos momentos de reflexão e aprendizagem na orientação desta dissertação.

Aos professores do mestrado, na pessoa da sua coordenadora, a Professora Doutora Maria Arminda da Costa pelo contributo que deram para a minha formação.

A todas as pessoas que de uma maneira ou de outra partilharam e fizeram parte dessa caminhada.

## RESUMO

Neste estudo, partimos duma abordagem teórica sobre a autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros e o exercício da autonomia dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente.

Realizámos um estudo tipo descritivo, de abordagem mista qualitativa e quantitativa, para o qual seleccionámos os cinco Serviços de Atendimento Urgente/Permanentes dos Centros de Saúde da Ilha de São Miguel. O universo de enfermeiros que trabalham nestes serviços, estão distribuídos de uma forma dispersa, num total de 51 enfermeiros, deste número obteve-se a resposta de 26 enfermeiros, numa percentagem de 50,98%.

Para a constituição da amostra do estudo, não se elaboraram critérios de exclusão, podendo todos os enfermeiros responder ao questionário. A partir desta população, a amostra foi seleccionada através de técnica de amostragem não probabilística e acidental.

Os resultados sugerem que a maioria dos Enfermeiros considera ter autonomia nas actividades de enfermagem e salientam que têm liberdade na tomada decisões, possibilidade de planear actividades baseada em conhecimento científico, agem em situação de urgência, a liberdade conferida é igual à responsabilidade exigida a nível da actuação de enfermagem e têm autonomia a nível das competências profissionais.

Mostra-nos ainda que de acordo com os indicadores com o nível de autonomia percebida e enquadrado na dimensão relação podemos verificar que o máximo de autonomia na escala aplicada foi para o indicador *proceder à educação para a saúde* com uma média (3,34) e desvio padrão (1,20), como interdependente na escala aplicada mencionaram *utilizar protocolos, para classificação de riscos e prática clínica*, com uma média (2,69) e desvio padrão (1,24).

Este estudo será pioneiro nos Açores na sua contribuição para a evidência científica futura de que a maioria das actividades de enfermagem é autónoma.

## ABSTRACT

In this study, we started from a theoretical approach to the autonomy in decision making of nurses and the exercise of autonomy of nurses in Urgent Care/Permanent Services.

We conducted a descriptive study with a mixed approach qualitative and quantitative, for which we have selected five Urgent Care Services/Permanent Health Centers of São Miguel Island. We conducted a descriptive study, for which we have nurses that are widely geographically dispersed, in a total of 51 nurses. From this number we obtained the answer of 26 nurses, which is a 50.98 percentage.

To obtain these results, we didn't exclude anyone, with all nurses replying to the questionnaire. From this population, the sample was selected through non-probability sampling and casual technique. The nurses were selected through these sample methods.

The results suggest that most nurses felt they had autonomy in the activities of nursing and stress that has freedom in decision making, ability to plan activities based on scientific knowledge, act in emergency situations, and the freedom is equal to the required level the conduct of nursing and have autonomy in terms of professional skills.

It shows us also that according to the indicators with the level of perceived autonomy and framed in relation dimension we can see that the maximum range scale was applied to make the indicator for the health and education with an average (3,34) and standard deviation(1,20), interdependent with applied on the scale mentioned the *use of protocols for risk classification and clinical practice*, with an average media (2,69) and standard deviation (1,24).

This study will be pioneer in Azores in its, contribution to future scientific evidence that most of the activities of nursing are autonomous.

## **SIGLAS E ABREVIATURA**

CA – Conselho de Administração

CIPE – Classificação Internacional da Prática de enfermagem

DGS – Direcção Geral de saúde

DL – Decreto – Lei

EOE – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

Et al - et alium

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REDOC – Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>PARTE UM: ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	17
<b>CAPITULO 1 – AUTONOMIA NA TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS</b> .....	18
1.1 - PERSPECTIVA HISTÓRICA DA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL.....	18
1.2 - ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO QUADRO LEGAL ACTUAL.....	24
1.3 - PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA NO CONTEXTO DA INTERPROFISSIONALIDADE.....	28
1.4 - MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	33
1.5 - ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO RELACIONADOS COM A AUTONOMIA EM ENFERMAGEM.....	41
<b>CAPITULO 2 – O EXERCÍCIO DA AUTONOMIA DOS ENFERMEIROS NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO URGENTE/PERMANENTE</b> .....	43
2.1 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS QUE PRESTAM CUIDADOS NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO URGENTE/PERMANENTE.....	43
2.2- PROCESSO DECISÓRIO NA ENFERMAGEM DE URGÊNCIA.....	46
2.3- MODELOS ESPECÍFICOS PARA A TOMADA DE DECISÃO NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO URGENTE/PERMANENTE.....	48
<b>PARTE DOIS: ESTUDO EMPIRICO</b> .....	53
<b>CAPÍTULO III – METODOLOGIA</b> .....	54
3.1 - TIPO DE ESTUDO.....	54
3.2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	55

3.3 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO – DA ILHA DE SÃO MIGUEL, AÇORES.....	56
3.4 – AMOSTRA.....	61
3.5 - PRÉ – TESTE.....	63
3.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	65
3.7 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	67
3.8 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	68
<b>CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DE DADOS ANALISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>71</b>
4.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	71
4.2 - AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	73
4.3 - NIVEIS DE AUTONOMIA EM FUNÇÃO DE DIFERENTES ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM.....	80
4.4 - MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENT URGENTE/PERMANENTE.....	86
4.5 - CONTEXTO DE TRABALHO NAS INTERVENÇÕES AUTONOMAS DE ENFERMAGEM.....	89
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS:.....</b>	<b>109</b>
ANEXO I – Pedido de Autorização aos Centros de Saúde da ilha de São Miguel.....	110
ANEXO II – Questionário.....	116

## INDICE DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1</b> – Conceitos que estruturam o modelo na tomada de decisão.....	39
<b>Quadro 2</b> – Etapas de modelos de etapas do Processo de Tomada de Decisão na Enfermagem.....	40
<b>Quadro 3</b> – Caracterização Sócio – Demográfica dos Enfermeiros.....	73
<b>Quadro 4</b> – Respostas dos enfermeiros sobre a percepção de ter ou não autonomia nas actividades de enfermagem.....	75
<b>Quadro 5</b> – Respostas dos enfermeiros sobre o que melhor caracteriza a tomada de decisão em enfermagem.....	76
<b>Quadro 6</b> – Respostas dos enfermeiros sobre os motivos que consideram importantes a tomada de decisão na qualidade de cuidados.....	80
<b>Quadro 7</b> – Escala numérica horizontal de caracterização de actividades de enfermagem /relacionadas com o paradigma interdependência/ autonomia.....	85
<b>Quadro 8</b> – Modelo mais adoptado no serviço onde os enfermeiros desempenham funções.....	87
<b>Quadro 9</b> – Justificação da escolha do modelo.....	89
<b>Quadro 10</b> – Caracterização das características dos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente onde os enfermeiro desempenham funções.....	93
<b>Quadro 11</b> – Descrição das características dos serviços que influencia as intervenções de enfermagem.....	94

## INTRODUÇÃO

A enfermagem, como as demais profissões sofre o impacto das mudanças na estrutura política, económica e cultural dos mercados mundiais, e como tal é uma ciência que está sujeita à evolução e só esta evolução lhe confere o estatuto de ciência.

Assim para melhor compreendermos o estado actual de enfermagem, temos de conhecer o nosso percurso histórico, de modo a que possamos aproveitar as melhores oportunidades no presente, que nos permitam constituir a enfermagem que todos queremos e que a população precisa.

O desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão encontra-se assim, intimamente ligado à evolução dos cuidados de saúde e das diferentes formas organizacionais que se foram instalando para os garantir. Esta evolução, que tende para a interdisciplinaridade na prestação dos cuidados de saúde, cria alguma dificuldade na delimitação e interdependência dos vários poderes instituídos dentro da equipa de saúde, dificuldade que se agrava devido à sua complexidade e da própria temática da saúde.

Os acontecimentos que marcaram a evolução do exercício profissional de enfermagem, conjugam-se com acontecimentos políticos e sociais, que tiveram repercussão na profissão e na disciplina de enfermagem.

A primeira revolução na enfermagem é atribuída a Florence Nightingale e é com ela que se fixa o aparecimento de Enfermagem Moderna em 1860, com a fundação da primeira Escola de Enfermagem – “Nightingale School for Nurses”, anexa ao St. Thoma's Hospital em Londres (Nunes, 2003).

Em 1942 o estado chamou a si a responsabilidade do ensino de enfermagem, centralizando e uniformizando a preparação dos enfermeiros e proibindo o exercício a quem não fosse detentor de um diploma.

Pela década de 50 foi dada a autonomia técnica e administrativa às escolas de enfermagem, foi nesta década e na de 60, à luz de um novo paradigma a enfermagem aproxima-se de uma orientação centrada na pessoa, como um ser bio-psico-social-

cultural-espíritual, permitindo assim uma reflexão em torno da natureza do ser humano, considerando como um ser *“uno, invisível, numa totalidade psicofísica e biopsicológica, em que o biológico e o psicológico são emergências da existência humana, a par de uma inserção sócio-cultural e comunicante”* (Nunes, 2003:284).

Na década de 70, temos o contexto sócio – político e o desenvolvimento técnico científico, como os grandes impulsionadores da construção da autonomia da enfermagem. Assiste-se assim, por um lado, à liberdade de associação, expressão e revisão das diferentes profissões, com uma tomada de consciência do valor do trabalho, e por outro lado ao acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde.

Cresce igualmente o nível geral de instrução da população, decorrente de um maior acesso à educação, constatando-se que os movimentos sociais e colectivos conduzem a um ganho de consciência por parte da população dos seus direitos e liberdades, incluindo o direito à saúde. É na continuidade deste percurso, construído nas décadas de 60 e 70, que a enfermagem portuguesa consolida instrumentos essenciais para a construção da profissão e sua autonomia, desde a criação de um nível de formação básica para a prestação de cuidados gerais de enfermagem.

Os anos 80 são essencialmente marcados pela publicação do diploma da Carreira de Enfermagem (DL 305/81), onde todos os profissionais de enfermagem vêem contemplada a valorização do seu trabalho e à qual todos têm acesso, em 1991 ocorre uma nova alteração da carreira (Decreto lei 437/91 de 8 de Novembro), a filosofia da Carreira assenta no pressuposto de que os enfermeiros ou são Bacharéis/Equiparados ou Licenciados /Equiparados.

Em 1996, é publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro). O REPE veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções, bem como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros.

No preâmbulo do anexo do Decreto-lei 104/98, de 21 de Abril que regulamenta o Estatuto da Ordem dos enfermeiros, está descrito que os enfermeiros constituem um *“corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualidade e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde”*, sendo assim todos os enfermeiros têm de assumir a responsabilidade pelos cuidados prestados e reconhecer os limites que se impõem ao exercício desta liberdade, tem o dever de co-responsabilizar-se e trabalhar

em articulação e complementaridade, integrando a equipa de saúde, em qualquer serviço que trabalhe, colaborando com responsabilidade que lhe é própria e ainda promovendo a qualidade dos serviços (Nunes, 2005).

Com estes marcos essenciais, e ainda segundo Sousa (1995), encerra-se um ciclo importante, com instrumentos legais que permitem à profissão de enfermagem continuar o seu desenvolvimento enquanto disciplina da saúde e profissão com utilidade socialmente reconhecida.

Uma das grandes questões decorrentes desse percurso é saber, na área do processo de produção dos cuidados, qual o domínio exclusivo do saber dos enfermeiros, e como irão eles defendê-lo enquanto integrados em equipas multidisciplinares, num processo que não controlam na totalidade, assim como, qual o seu papel face ao aparecimento de outras profissões na área dos cuidados, nas instituições de saúde e nos próprios domicílios.

Sendo a saúde, um espaço de intervenção interdisciplinar, a enfermagem é, segundo Nunes (2003) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (art. 4º-1- REPE).

Os actos de enfermagem, sobretudo no que se refere às actividades, autónomas, seguem uma metodologia científica de trabalho, nas etapas de identificação de necessidades e diagnósticos de enfermagem, hierarquização e planeamento, execução e avaliação.

O conceito de autonomia, aparentemente simples, é de facto, complexo e como tal exige uma abordagem ampla. Existindo assim várias teorias sobre o conceito autonomia, de uma forma geral, autonomia, surge como: *“condição ou qualidade de autónomo; independência; direito de se governar por leis próprias; autodeterminação; possibilidade que uma entidade tem de estabelecer as suas próprias normas; poder que os particulares têm de fixar por si próprios a disciplina jurídica dos seus interesses”* (Dicionário de Língua Portuguesa, 2001).

Afirmaria Kant que a autonomia é a competência da vontade humana em dar-se a si mesma a sua própria lei e que é nosso dever tentar atingir a autonomia moral, assim como respeitar a autonomia dos outros, o modelo kantiano é ideal, porque a autonomia está sempre numa relação complexa com aquilo que a ameaça e pode destruir, ou seja, a heteronomia, que é o seu antónimo (Nunes, 2006).

Ao reflectir sobre a autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros na prática dos cuidados ao cliente/família, devemos ter em atenção a evolução e aos conceitos que englobam, o domínio da enfermagem assim como: o enfermeiro, a pessoa e a situação destes contribuindo para a melhoria dos cuidados.

Aceitando-se a definição de Autonomia como sendo a “*capacidade do ser humano de decidir de acordo com valores, expectativas, necessidades e crenças próprias*” (Gomes e Oliveira 2004:145), a pessoa ou a profissão autónoma é aquela que tem liberdade de pensamento e de acção, livre de coacções internas e externas.

A enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale, contudo ela evoluiu, como prática especializada ao longo dos anos. Por definição, enfermagem de urgência, é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções, os cuidados de urgência são episódicos, primários e, normalmente, agudo (Sheehy's, 2001).

A motivação e a necessidade de desenvolver este estudo, depreendem pelo facto de um serviço de atendimento urgente ser um serviço com características muito próprias, os clientes constituem uma população original e pouco homogénea, nas suas características sociais. Os enfermeiros prestam cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, estes cuidados define-se pela diversidade de conhecimentos de doentes e de processos de doença.

Com o número excessivo de clientes que recorrem aos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente, por vezes a relação com o cliente/família é descuidado. A prática de enfermagem de urgências requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado, os enfermeiros na sua função cuidadora, de uma forma autónomas ou interdependentes tomam decisões adequadas para as suas intervenções.

Na prática diária de enfermagem foi-nos possível constatar que as actividades de enfermagem, são essencialmente interdependentes e adoptando essencialmente o modelo biomédico nas suas actividades.

As nossas experiências quotidianas como enfermeiros fizeram – nos interiorizar preocupações que levam a interrogar sobre autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros no Serviço de atendimento Urgente/Permanente.

Descrito o que constitui a nossa preocupação e respectivo enquadramento teórico, consideramos que agora devemos clarificar o problema do nosso estudo, fazendo tal como referem (Quivy e Campenhoudt, 2003), formulando uma pergunta de partida: “Que funções autónomas na tomada de decisão têm os enfermeiros no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente e como as desenvolve?”, a qual advém de outras que consideramos orientadoras. Assim formulamos as seguintes perguntas de investigação:

1 - Como consideram os enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente a autonomia na sua actividade profissional?

2- Qual o significado que os enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente atribuem à tomada de decisão?

3 - Porque consideram os enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente importante a tomada de decisão nos cuidados?

4 – Qual a avaliação que os enfermeiros fazem das diferentes actividades de enfermagem em função do seu nível de autonomia percebida?

5 – Qual o modelo de cuidados mais adoptado no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente e a razão da sua utilização?

6 - Como caracterizam os enfermeiros o seu serviço e como este influenciam as intervenções de enfermagem?

A finalidade do presente estudo é compreender como os enfermeiros desenvolvem as suas funções autónomas no processo de tomada de decisão nas actividades de enfermagem no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente. Compreender qual o

modelo de cuidados mais adoptado nestes serviços e de que maneira contribui para melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem prestados nos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente, desenvolvendo uma reflexão na prática de cuidados e para a elaboração de estratégias de intervenção sobre os possíveis défices detectados, tendo como meta a promoção da autonomia na tomada de decisão que conduza.

Neste estudo, no sentido de clarificar a finalidade proposta, tornou-se necessário definir os seguintes objectivos:

Perceber como é considerado a autonomia pelos enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente no desenvolvimento da sua actividade.

Identificar o significado atribuído pelos enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente no processo de decisão.

Compreender os motivos porque os enfermeiros consideram importante a tomada de decisão.

Avaliar as diferentes actividades de enfermagem em função do paradigma interdependência/autonomia.

Conhecer o modelo de cuidados mais adoptado no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente e a sua justificação.

Caracterizar algumas características dos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente e sua influência nas intervenções de enfermagem.

A dissertação que apresentamos, e em que procuramos dar conta do processo da investigação, está ordenada em duas partes distintas, conforme se passa a descrever.

Numa primeira parte proceder-se-á a um enquadramento teórico, baseado em pesquisa bibliográfica, visando a construção da problemática, abordamos a autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros e o exercício da autonomia dos enfermeiros nos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente.

O presente estudo é de natureza descritiva, neste estudo, o investigador explora e determina a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações

(Fortin, 1999). Neste estudo, o investigador descreve após a aplicação de um questionário. Optamos por inquérito, um tipo de estudo descritivo, onde designam toda a actividade de investigação da qual os dados são colhidos junto a uma porção da população em estudo. (Fortin, 1999).

A dissertação que apresentamos, e em que procuramos dar conta do processo da investigação, está ordenada em duas partes distintas, conforme se passa a descrever.

Numa primeira parte proceder-se-á a um enquadramento teórico, baseado em pesquisa bibliográfica, visando a construção da problemática, abordamos a autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros e o exercício da autonomia dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente.

A segunda parte contém o estudo empírico e é constituída por dois capítulos. No primeiro capítulo, descrevemos a metodologia utilizada neste estudo, o segundo capítulo contém a apresentação de dados, análise e discussão de resultados.

No presente trabalho em termos de estruturação formal a pesquisa bibliográfica foi uma constante desde a concepção do projecto, passando pela colheita e análise de dados, até à apresentação dos resultados.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## CAPITULO I – AUTONOMIA NA TOMADA DE DECISÃO DOS ENFERMEIROS

### 1.1 -PERSPECTIVA HISTÓRICA DA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL.

No sentido de melhor compreender como evoluiu o conceito de autonomia na enfermagem, importa conhecer alguns momentos do percurso da história da enfermagem que contribuíram para a construção da autonomia profissional.

Enfermagem enquanto profissão, possui raízes na representatividade da organização profissional em associações e sindicatos, com a conseqüente organização formal, por categorias instituídas numa carreira desde, a especificação do conteúdo funcional dos seus elementos até ao reconhecimento da sua autonomia.

Conhecer o passado apresenta-se como contributo para a compreensão de factos que podem ter raízes no presente. Nunes (2003) permitiu um olhar, visualizando o caminho percorrido.

Para compreender a história da prática de enfermagem parece indispensável estudá-la e analisá-la em relação à história da mulher que presta cuidados e da sua evolução. É a historia das práticas de cuidados vividas e transmitidas pelas mulheres e depois condenadas, reprovadas pela igreja, que dá conta, das origens até aos nossos dias, do processo de identificação da prática de cuidados exercida pelas mulheres no meio hospitalar não psiquiátrico, bem como nos dispensários de aldeias e bairros, até se chamaram, hoje em dia "*cuidados de enfermagem*" (Colliérre 1989:35).

Florence defendia que os cuidados não eram transmitidos por herança cultural, tornando-se necessário aprendê-los, uma vez que a evolução das tecnologias, as modificações sociais e económicas da era industrial eram um factor propicio ao desacreditar dos cuidados prestados pelas mulheres, segundo ainda a mesma autora considerava que os cuidados prestados por estas mulheres, não se limitavam a distribuir medicamentos e fazer pensos a feridas, pois estes não seriam suficientes para assegurar a sobrevivência dos doentes. "*Era necessário desencadear tudo o que mobilizava a sua energia e o seu potencial de vida*" (Colliérre 1989:285).

O primeiro marco referencial que consideramos, refere-se à mudança na organização do ensino e da prática de enfermagem que ocorreu na década de 40, com Florence

Nightingale, as escolas de enfermagem assumem uma identidade própria e a responsabilidade de formação profissional, habilitada para a prática de enfermagem, possuindo assim um diploma que as habilitava para o desempenho profissional. Com a evolução dos tempos, as escolas iam perdendo o sentido caritativo na formação, investindo assim na construção de currículos e práticas pedagógicas que veiculassem os princípios de autonomia profissional e de científica (Abreu, 2001).

Até 1950, a terminologia “*Ciências de Enfermagem*” era praticamente desconhecida, é a partir de então, com a tomada de consciência dos enfermeiros que o conhecimento em enfermagem era inadequado e incompleto para a prática específica da profissão, surge então uma nova definição de uma nova enfermeira influenciada pelas diversas correntes socioeconómicas, acompanhando-se de uma necessidade de procura de identidade, com reconhecimento da sua função específica (Colliérre 1989:188).

Na década de 50 foi dada a autonomia técnica e administrativa às escolas de enfermagem, até a essa altura, os médicos eram os professores e decidiam o que os enfermeiros precisavam saber para o desempenho das suas actividades, uma vez que os enfermeiros haviam surgido da necessidade de haver pessoas que cumprissem as suas prescrições.

Lopes (2000) salienta que a afirmação de enfermagem enquanto disciplina têm sofrido vicissitude alheadas, em grande parte, ao facto de se tratar de uma ciência nova que procura impor-se num universo restrito.

A evolução nas ciências sociais permitiu uma reflexão em torno da natureza do ser humano, ou seja centrado na pessoa, como um ser bio – psico – sócio – cultural – espiritual, havendo um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade.

A década de 60 foi marcada pela reformulação do plano de estudos no ensino de enfermagem e pela reestruturação na Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei 48:166 de 27 de Dezembro de 1967), poderá dizer-se que nesta década terá sido dado o grande passo para a autonomia e especificidade do ensino de enfermagem.

No final desta década os auxiliares de enfermagem reconheciam desenvolver actividades da competência dos enfermeiros e por isso com direito a ver garantidas determinadas regalias, o que culminou num clima de desarmonia entre as duas categorias profissionais,

a formação destes profissionais para a obtenção do título de enfermeiro demorava 20 meses e iniciou-se na década de 70, nos contextos de trabalho as diferenças esperadas nos níveis de competência profissional não eram evidentes (Machado, 2004).

É também na década de 60, que surge a Associação Portuguesa de Enfermeiros com o duplo objectivo de desenvolver a formação contínua e integrar-se como membro no Conselho Internacional de Enfermeiros (Nunes, 2003:314).

Nos anos 70, assiste-se à liberdade de associação, expressão e revisão das diferentes profissões, com uma tomada de consciência do valor do trabalho e também ao acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde. Surge a criação da North American Nursing Diagnosis Association (1973), marco fundamental para a profissão; nasce o Sindicato Nacional de Enfermeiros Diplomados (1974); os enfermeiros são integrados como “*funcionários públicos*” (1976) e “*há uma valorização financeira e social, por arrastamento*” (Nunes, 2003: 314).

Os anos 80 patenteiam a enfermagem como ciência, e o desafio emanado pela OMS, da Saúde para todos no ano 2000 exigiu assim a reflexão sobre o papel dos enfermeiros e o contributo destes para a saúde das populações (Machado, 2004).

Com a publicação do diploma da carreira de Enfermagem (DL 305/81), onde permitiu aos enfermeiros uma maior estabilidade e autonomia, através da carreira viram referidas as diferentes categorias e o conteúdo funcional correspondente, contemplando a valorização do seu trabalho.

Em 1981, a autonomia foi um dos temas, apresentado e discutido no II congresso Nacional de Enfermagem. “ *Uma profissão é autónoma quando por si mesma estabelece o que é que os seus membros podem fazer, como o devem fazer e como hão-de ser remunerados. (...) Uma profissão ou é autónoma ou não é ainda profissão*” (Ferreira, 1981:120).

Na década de 90, com a integração das Escolas Superiores de Enfermagem na rede do Sistema Educativo Nacional e do Ensino Superior público, os enfermeiros docentes são integrados na carreira dos professores do Ensino Superior. Em 1991, é alterada a Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei 437/91, de 8 de Novembro), que voltou a ser revista em 1998.

Nesta década emergiu novas reflexões em volta da enfermagem e dos cuidados de enfermagem com base em investigação feita por enfermeiros portugueses, manifestando a preocupação para a autonomização da profissão, esta com quadros conceptuais clarificados, dominando um corpo de conhecimentos que permita encaminhar-se para um campo de irrefutável qualidade, orientava a sua reflexão para os contextos de acção dos enfermeiros.

Em 1996, surge a publicação da versão Alpha da CIPE (Classificação Internacional da prática de Enfermagem), e em resposta a estas preocupações, os profissionais de enfermagem vêem satisfeita uma aspiração de há décadas, com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE, pelo Decreto-Lei nº 191/96 de 4 de Setembro publica, que veio regulamentar o exercício profissional, clarificar conceitos, intervenções e funções autónomas e interdependentes, assim como os direitos e deveres dos enfermeiros. As intervenções são classificadas segundo o mesmo Decreto – Lei em “autónomas e interdependentes” (artigo 9º, ponto 1).

As intervenções autónomas, são da exclusiva responsabilidade do enfermeiro, prescritas pelo enfermeiro que, naturalmente, decorrem de um diagnóstico de enfermagem. As intervenções interdependentes consideram-se acções desenvolvidas em colaboração com outros profissionais de saúde, no sentido de prescrição, planos de acção conjunta ou protocolos (Nunes, 2003).

A regulamentação do exercício profissional foi um marco na autonomia da profissão, em 1997 o governo foi autorizado a legislar no sentido da criação de uma associação pública denominada, Ordem dos Enfermeiros (Portugal Assembleia da Republica lei nº129/97).

A Ordem dos Enfermeiros – sendo uma organização de natureza pública, com poderes para garantir e regulamentar o exercício da actividade profissional, tornou-se no acontecimento de maior relevância para os enfermeiros portugueses na década de 90. (Machado, 2004).

O exercício da profissão da enfermagem passa a ser condicionado pela obtenção de uma célula profissional, a emitir pela Ordem.

O Código Deontológico do Enfermeiro foi publicado em anexo ao Decreto – Lei n.º 104/98 de 21 de Abril (referente ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros), corresponde a um enunciado dos deveres dos profissionais, que estes mesmo decidiram, “ *em que cada*

*dever tem enunciada a sua relação com os direitos do Outro e/ou com as responsabilidades próprias da profissão (...) deve ser o primeiro quadro de referencia para a excelência.”* (Nunes, 2002:126).

Um código deontológico constitui a demarcação da autonomia de um grupo profissional, está consagrada em instrumentos com forma jurídica e não existe maior autonomia do que definir as regras do exercício assim como do seu controle.

O conceito autonomia é muito complexo e multidimensional que tem evoluído através dos tempos e da evolução da enfermagem, existindo várias teorias sobre o mesmo. É um tema importante à compreensão da profissão, tanto na definição, como nos seus objectivos e na maneira que os enfermeiros se integram e se relacionam numa equipe de saúde e na sociedade em geral.

A autonomia pode ser definida como sendo a faculdade de se governar, a liberdade ou independência moral/intelectual, é compreendida como faculdade de se governar por si mesmo, o direito ou a faculdade de se reger por leis próprias ou seja emancipação e independência, tendo a liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades, esta decisão pode ser de acordo com os valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias a profissão autónoma é aquela que tem liberdade de pensamento e de acção, livre de coações internas e externas (Gomes, 2005).

Na teoria de Chickering, a autonomia é uma capacidade gradualmente desenvolvida, serão os próprios sentimentos do indivíduo, as suas percepções e o quadro de valores que servirão como base. Neste sentido, a autonomia é um sinal de competência intelectual e interpessoal, que se desenvolve a partir da formação do indivíduo, o desenvolvimento da autonomia vai-se construindo num processo de estruturação e desenvolvimento da maturidade. Para este autor, o vector de desenvolvimento da autonomia requer a existência simultânea de três processos: a independência emocional, a independência instrumental e a interdependência (Preto, 2003).

A autonomia é a dimensão que se refere à “auto-regulação e libertação dos limites de muitos condicionalismos externos que passam a influenciar, em lugar de determinar, o curso da acção do indivíduo, nos níveis mais elevados da maturidade pessoal”, permitindo um “*domínio dos motivos, capacidades e potencialidades individuais, ligado à independência das expectativas dos outros e dos factores de controlo externo*” (Sá-Chaves, 1997:42).

No campo da enfermagem o conhecimento científico implica uma autonomia de acção, na medida em que proporciona a separação de uma prática tradicional baseada no empirismo e na repetição constante de procedimentos sem um suporte teórico suficiente e adequado aos desafios e dilemas enfrentados no dia a dia com a equipa de saúde, cliente/família e a instituição a que pertence (Gomes, 2005).

Ao adoptar uma postura própria da enfermagem, o enfermeiro aposta na promoção da sua autonomia, sendo que aquela postura, implica mudança, de comportamentos, atitudes e concepção da própria profissão. Adam (1994:201) diz-nos que *“A mudança, primeiro individual e depois colectiva consiste em clarificar e explicitar a nossa representação mental, em definir o que é impreciso e em arranjar as palavras exactas para o exprimir.”*

Considerando que a autonomia dos profissionais de enfermagem é muitas vezes confundida com trabalho autónomo ou autonomia do grupo profissional, Abreu (2007:28) esclarece que a autonomia profissional *“decorre do reconhecimento por parte da sociedade de que a enfermagem enquanto disciplina e profissão coloca o utente no centro da atenção e os seus interesses como ponto de partida para a tomada de decisão, podendo esta reflectir-se em actividades independentes ou interdependentes”*.

Apesar da autonomia ser uma apropriação recente da enfermagem portuguesa, valores como a vocação e subordinação ainda estão presentes, e a luta pela consolidação da mesma ainda contínua.

Autonomia em Enfermagem implica um poder para dar resposta ao cuidar das pessoas, agindo de acordo com o seu julgamento profissional e aceitando a responsabilidade por essas decisões.

Perante estas mudanças reorientadoras do Sistema Nacional de Saúde, não podem os enfermeiros ficarem indiferentes e alheios, há que intervir como cidadãos e como profissionais, reactivando o espírito empreendedor de forma a desmistificar os constrangimentos das próprias organizações e das inibições culturais que ainda subsistem.

## 1.2- ACTIVIDADES E COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO QUADRO LEGAL ACTUAL.

Uma nova definição, de uma nova enfermeira surge, influenciada pelas diferentes correntes socioeconómicas, como referencia Colliérre (1989:188),” *a diversificação da concepção do papel da enfermeira, devido à influência das diversas correntes socioeconómicas, acompanha-se de uma necessidade de procura de identidade, cujo objecto continua a ser, a maior parte das vezes, a pessoa da enfermeira (...) uma preocupação de revalorização do papel para atingir, como a nova definição de enfermeira*”, a segurança do reconhecimento de um papel específico.

A preocupação de valorização e a procura de uma identidade profissional, encontram, o momento de se afirmar na procura: da demarcação do ascendente médico, da aquisição de uma formação superior e da aquisição da imagem de marca da investigação (Colliérre 1989).

Actualmente a enfermagem enquanto disciplina é definida com base no conhecimento científico que orienta a prática de enfermagem, as ciências de enfermagem, encontram-se nos estádios de desenvolvimento científico. O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual (Silva, 2006).

Nesta sequência, em 1996, através do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, foi estabelecido o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Já em 2001 a Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, (2001:3) preconiza:

*“...a Ordem dos Enfermeiros, tal como nós a concebemos, também tem por missão a promoção da participação cívica dos enfermeiros na definição da política de saúde (...) a intervenção dos enfermeiros é inquestionável e a importância dos seus pareceres incontornável...)* Trata-se, como já se disse, *de um exercício de cidadania, onde todos nós, enfermeiros, cidadãos com grandes responsabilidades sociais e profissionais, nos temos de assumir de corpo inteiro”.*

O agir profissional do enfermeiro materializa-se com a prática de actos, em resultado do processo de tomada de decisão que os antecedem e na previsão das consequências que esses actos implicam para a pessoa que recebe cuidados, para o próprio enfermeiro e

para o ambiente. Por estes actos e pelas suas consequências, o profissional de enfermagem responde, na assunção da sua responsabilidade. Responde perante a pessoa sua cliente, perante a sociedade e perante a profissão, são as diversas dimensões da responsabilidade em enfermagem, com as componentes ética deontológica e jurídica.

De uma forma geral, podemos considerar que a responsabilidade do enfermeiro deriva do cumprimento dos seus deveres profissionais, independentemente da sua fonte material ou formal. A principal fonte é o Código Deontológico, incluso no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e nele estão descritos deveres numa formulação abstracta de norma jurídica (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.),

Considerando, por um lado a formação para a responsabilidade e por outro lado a avaliação da responsabilidade em consequência dos actos profissionais praticados pelos enfermeiros, torna-se necessário interpretar estes deveres, no sentido de verificar a sua conformação com o agir profissional. Esta interpretação tem sido institucionalmente realizada pelo Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, através de Pareceres emitidos para resposta a problemas em concreto e nos Acórdãos relativos a processos disciplinares. São fontes institucionais relativas à aplicação da deontologia profissional de enfermagem.

A responsabilidade profissional do enfermeiro, constitui uma dimensão essencial do exercício da profissão de enfermagem, consubstanciando um *princípio orientador da actividade dos enfermeiros*, como prescreve a alínea a) do n.º 3 do artigo 78.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), (sendo este o primeiro artigo do Código Deontológico do enfermeiro, incluso no estatuto).

Os actos profissionais decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro percorre, com base no raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica.

O exercício profissional de enfermagem em Portugal tem hoje uma natureza autónoma, face a outras profissões da saúde com quem o enfermeiro trabalha em complementaridade. Esta autonomia resultante de um percurso histórico com assinalável desenvolvimento.

A par desta autonomia científica, a enfermagem portuguesa tem consolidado nos últimos anos um suporte jurídico que lhe permite, também num plano formal, afirmar-se como profissão autónoma. A aprovação do “Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros “ (REPE)” pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro é a sua primeira manifestação jurídica, a que se seguiu a criação da Ordem dos Enfermeiros, pelo decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril que aprovou o estatuto, constitui uma clara expressão de autonomia do exercício profissional.

No estatuto da Ordem inclui-se o Código Deontológico do Enfermeiro, que constitui uma outra dimensão da autonomia profissional, porque prescreve os deveres pelos quais o profissional de Enfermagem assume a sua responsabilidade profissional. Os posteriores Regulamentos da Ordem, dos quais se destaca o Regulamento do Exercício do direito à Objecção de Consciência (REDOC), constituem também elementos formais que suportam juridicamente o exercício da autonomia.

Relativamente aos fundamentos para os actos profissionais do enfermeiro, o pano de fundo é naturalmente a Ética de enfermagem, incluindo aqui os valores e os princípios relativos ao exercício profissional, enunciado no Artigo 78.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Incluso na lei que aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Decreto-Lei n.º 104/98 de Abril, Artigos 78.º - 92.º).

A esse propósito, Basto (1998:101) refere que “*Os comportamentos profissionais das enfermeiras tenderão a mudar mais depressa se as intervenções com essa finalidade tiverem em conta o sentido que é dado aos cuidados prestados*”.

A mesma autora salienta ainda que os factores que interferem na mudança de comportamentos profissionais das enfermeiras, relacionam-se com: “*as características da pessoa (antecedentes familiares, assertividade, auto-imagem, estatuto pessoal, responsabilidade e autonomia), o trabalho desenvolvido (locus de controlo, experiência profissional, atitudes, sentimentos de dependência e falta de controlo sobre a prática e satisfação no trabalho) e por ultimo, formação profissional e específica*” (Basto 1998:106-107).

Os enfermeiros têm de demonstrar a sua actuação quotidiana pensamento crítico e capacidade de resolução de problemas combinados com habilidades técnico/científicas sendo as competências atrás descritas como vitais para o sucesso do processo do cuidar.

Neste sentido o exercício profissional de enfermagem exige competência técnica para a correcta execução de procedimentos técnicos, sendo de primordial importância a maneira como aqueles são realizados, aí residindo a verdadeira essência do cuidar. Por outras palavras, a competência emocional, o saber lidar com as suas emoções, consigo mesmo e no cuidado com o outro, são ferramentas essenciais para a construção da sua autonomia.

Em 2003, a Ordem dos Enfermeiros divulgou as Competências dos enfermeiros de cuidados gerais, assume que” no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos dos cidadãos”. Inserindo-se num contexto de actuação multiprofissional, a colaboração com os outros técnicos da equipa de saúde é indispensável referindo-se que os “enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”, (artigo 8.º).

Assim podemos dizer que competente não significa possuir conhecimentos ou capacidades, não é um estado ou um conhecimento possuído e não se reduz a um saber fazer. É necessário que a pessoa saiba mobilizar conhecimento ou capacidade, de forma pertinente e no momento oportuno, numa situação de trabalho.

A responsabilidade encontra-se vinculada ao conhecimento que os próprios profissionais adquirem ao longo de suas vidas e de sua prática; ao homem, enquanto existência; e ao modo como este deve resgatar seu exercício efectivo no contexto de tantas transformações, sem que se percam os fundamentos do significado do termo.

A enfermagem, enquanto profissão, tem como principal actividade o cuidado às pessoas sadias e/ou doentes em instituições de saúde ou em comunidade, tem como atribuições o ensino, a pesquisa, a administração de unidades e serviços de saúde, a supervisão e o treinamento de pessoal sob sua responsabilidade, entre outras.

É uma construção diária do enfermeiro o viver sem perder de vista os aspectos profissionais, sócio – culturais, pessoais, que são exteriorizados através do exercício da responsabilidade para consigo, com a profissão, com o outro e com a comunidade, em todos os papéis que desempenha.

### 1.3-PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA NO CONTEXTO DA INTERPROFISSIONALIDADE.

A enfermagem tende tornada uma profissão cada vez mais autónoma, com maior capacidade de decisão, o conhecimento e desenvolvimento das características pessoais de cada enfermeiro são fundamentais para o seu desempenho profissional.

Nesta linha de ideias, as pessoas são seres que estão em “*constante desenvolvimento, dependentes da adaptação aos outros e ao meio exterior, para subsistir e concretizar as suas potencialidades de funcionamento*” (Sá-Chaves, 1997:42).

De acordo com o mesmo autor, para este desenvolvimento, é elementar a: “*auto - realização, adaptação, competência, saúde mental e equilíbrio emocional*” que permite ao individuo ser o que é mas também aquilo em que se vai tornando” (Sá-Chaves 1997:42).

Menciona que o processo de maturação, no ser humano, tem subjacente ao desenvolvimento de cinco dimensões interdependentes: “*simbolização, alocentrismo, integração, estabilidade e autonomia*”. A simbolização permite “*aprender retrospectivamente a partir do próprio passado, ampliando ao mesmo tempo as possibilidades de gestão da experiência presente (...) e consequências futuras*”. O alocentrismo reporta-se ao sair do “*egocentrismo e narcisismo para a descentração e compreensão do outro*” o que permite o “*prever o que os outros pensam a cerca de nós, o que favorece a auto-aceitação, o estabelecimento de valores mais altruístas e conduz no sentido de relações interpessoais mais tolerantes*”. A estabilidade refere-se ao conseguir o equilíbrio, e quando é alterado consegue recuperar rapidamente, por outro lado, estão inseridos nesta dimensão as “*ideias acerca de si próprio*”, “*os valores mais consistentes e inabaláveis e a capacidade de estabelecer amizades e relações afectivas em geral mais duradouras, verdadeiramente na reciprocidade*” (Sá-Chaves, 1997:42-43).

A autonomia é a dimensão que se refere à “*auto-regulação e libertação dos limites de muitos condicionalismos externos que passam a influenciar, em lugar de determinar, o curso da acção do indivíduo, nos níveis mais elevados da maturidade pessoal*”, permitindo um “*domínio dos motivos, capacidades e potencialidades individuais, ligado à independência das expectativas dos outros e dos factores de controlo externo*” (Sá-Chaves, 1997:42-43).

A autonomia dos profissionais de enfermagem é muitas vezes confundida com trabalho autónomo ou autonomia do grupo profissional. Abreu (2007:28) esclarece que a autonomia profissional *“decorre do reconhecimento por parte da sociedade de que a enfermagem enquanto disciplina e profissão coloca o utente no centro da atenção e os seus interesses como ponto de partida para a tomada de decisão, podendo esta reflectir-se em actividades independentes ou interdependentes”*.

McKay (in Abreu, 2007:29) diz que a autonomia profissional envolve duas dimensões: a *“autonomia estrutural”* ou de *“exercício”* e a *“autonomia atitudinal”*. A primeira reporta-se à *“liberdade do trabalhador para tomar decisões baseadas nos preceitos da profissão”* e a segunda refere-se *“a crença que o indivíduo é livre para julgar e tomar uma decisão, reflecte a forma como os indivíduos sentem e vêem a profissão.”* Estas dimensões podem igualmente ser observadas na autonomia profissional colectiva, os mesmos autores mencionam que a *“estrutural”* refere-se à *“liberdade social e legal de self-governance”* e a *“atitudinal”* diz respeito ao controle das actividades da profissão sem influência de forças exteriores. São as hierarquias burocráticas que prescrevem a responsabilidade e o limite de liberdade de cada profissional.

Existem ainda outras duas dimensões inter-relacionadas na autonomia (MacDonald, 2002 in Abreu, 2007:29) a dimensão *“descritiva”* que se refere à *“capacidade de Auto-governo”* e a dimensão *“prescritiva”* que tem por base *“respeitar a liberdade dos outros”*, permitindo que as relações interpessoais se centrem na *“aceitação da inevitabilidade da interdependência, procurando o equilíbrio entre ser e adaptar-se ao outro sem perder a identidade”* (Sá-Chaves, 1997:43).

Neste sentido, o enfermeiro, enquanto pessoa desenvolve-se como um *“sistema em interacção com os outros sistemas que o modificam e sobre os quais vai exercer reciprocamente a sua influência; não é todavia, um processador passivo de informação exterior, uma vez que as suas percepções de si próprio e das coisas determinam o significado que atribui às experiências”* (Sá-Chaves, 1997:52). A autonomia individual insere-se numa autonomia de vida em sociedade, em que se deve ter em consideração as condições necessárias para decidir agir de forma a não prejudicar os outros. Não pode haver moralidade quando se considera apenas o próprio ponto de vista. Respeitar a autonomia é valorizar as opiniões e escolhas, evitando obstruir as acções que daí possam advir, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para os outros.

Goldim (1997:2) alude ainda que *“uma pessoa com autonomia diminuída, de outra parte, é, pelo menos em algum aspecto, controlada por outros ou é incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos”*.

Segundo Chiavenato (2004:198) existe falta de autonomia quando *“os métodos de trabalho são previamente determinados, os intervalos são rigidamente controlados, a mobilidade física da pessoa é restrita, os insumos do seu trabalho dependem da gerência ou de outros”*. Quando autonomia não é respeitada, Soares (1998:1) diz que se *“obstaculiza as discussões abertas, gera violência e impede a manifestação plural”* e pode ser entendido como *“uma afronta à autonomia do outro”* (Heller in Soares, 2008).

No campo da enfermagem, Gomes (2005) salientam que o conhecimento científico implica uma autonomia de acção, na medida em que proporciona a separação de uma prática tradicional baseada no empirismo e na repetição constante de procedimentos sem um suporte teórico suficiente e adequado aos desafios e dilemas enfrentados no dia a dia com a equipa de saúde, cliente/família e a instituição a que pertence.

Para isso, é importante que cada enfermeiro no seu dia a dia actue de acordo com um Modelo Conceptual de enfermagem, transmitindo a imagem que sabe onde quer chegar, sendo esta postura um contributo precioso para o processo de autonomização profissional.

Por outro lado, Adam (1994:28), refere que o Modelo Conceptual para uma profissão é pois, uma imagem mental da profissão, uma concepção daquilo que a mesma deveria ou poderia ser. Ainda para a mesma autora, é importante *“reconhecer a influência que a base conceptual exerce sobre a prática”* caso contrário arrisca-se a mais ou menos inconscientemente adoptar uma Modelo Conceptual de outra área, favorecendo deste modo a perda de autonomia (Adam, 1994:148).

No âmbito das competências e da responsabilidade profissional do enfermeiro em Portugal, no plano deontológico em particular, é aferida em relação ao tipo de intervenção realizada. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, tipifica no seu artigo 9.º as intervenções de Enfermagem em *“Intervenções autónomas e interdependentes”*.

São *autónomas* as intervenções *“realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade de acordo com as respectivas qualificações profissionais,*

*seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria”, nos termos do n.º 2 deste artigo e interdependentes as “realizadas pelos enfermeiros (...) em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” nos termos do n.º 3 do mesmo artigo (Deodato, 2008:50).*

O exercício da autonomia profissional implica tomar decisões, identificando as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) e planeando as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No âmbito das intervenções interdependentes, por responsabilidade técnica podemos entender a responsabilidade pela execução técnica, uma vez que o processo de decisão pertence a outro profissional pelos actos praticados durante a execução de um cuidado prescrito por outro (Deodato, 2008).

O enquadramento conceptual do documento da Ordem dos enfermeiros, enuncia as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, vem clarificar do ponto de vista da responsabilidade a diferença entre os dois tipos de intervenções. Segundo a Ordem dos

Enfermeiros, nas intervenções autónomas o enfermeiro “assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação da técnica da intervenção”, enquanto que nas intervenções interdependentes, o enfermeiro “assume a responsabilidade técnica pela sua intervenção” (Deodato, 2008:50).

Os enfermeiros intervêm em interdependência com outros técnicos de saúde, em várias valências, nomeadamente participam na execução de tratamentos/exames e administram medicamentos prescritos pelo médico, simultaneamente com as respectivas orientações aos clientes e familiares relativamente aos tratamentos que lhe foram previamente aconselhados e informam sobre os cuidados que devem ter para manter ou melhorar o seu estado de saúde.

Todas as actividades de enfermagem têm como função a observação, a avaliação e o registo de sinais e sintomas, reacções e progresso dos clientes.

Neste sentido o autor Deodato (2008:51) no seu livro, levanta uma questão muito pertinente:

*“ Saber se, é possível pensarmos em mera execução pelo enfermeiro, na sequência de um processo de tomada de decisão realizada por outro”.*

O enfermeiro, ao tomar conhecimento da decisão de outro profissional através de uma prescrição de um cuidado, não a executará sem qualquer processo de raciocínio que determinará a sua decisão de execução, com base na avaliação técnica, mas também científica, ética, deontológica e jurídica do cuida do em causa. Ao tomar conhecimento de uma prescrição de cuidado, o enfermeiro inicia o seu processo de tomada de decisão que fundamentará a concretização da execução do cuidado prescrito ou a sua recusa (Deodato, 2008).

A tomada de decisão do enfermeiro pode resultar de um fundamento técnico ou científico e também ter origem em argumentos de natureza ética, deontológica ou jurídica.

Em consequência do processo de tomada de decisão, o enfermeiro pode não realizar a prescrição, sendo esta decisão assumida, a responsabilidade pelo praticado ou pelo omitido, pode resultar de uma fundamentação técnica ou científica.

Assim considerando a correlação entre fundamentação para a execução e tipo de responsabilidade, teremos diferentes tipos de responsabilidade nas intervenções interdependentes e não apenas a responsabilidade técnica. A não ser que interpretamos este conceito como responsabilidade profissional pela execução de um cuidado e voltamos a considerar esta responsabilidade nos domínios estabelecidos: disciplinar, civil e criminal (Deodato, 2008).

A profissão de enfermagem só pode ser aquilo que os enfermeiros quiserem, só terá o reconhecimento que lhe é devido se conseguirem dar visibilidade ao conteúdo das suas funções, centradas na resposta às necessidades dos clientes. Para que a enfermagem seja efectivamente uma profissão autónoma, é imperativo que os enfermeiros assumam os riscos inerentes às tomadas de decisão, exerçam a sua responsabilidade com base na deontologia profissional, chamando a si a defesa dos direitos das pessoas ao seu

cuidado e contribuam activamente, quer na definição das políticas de saúde, quer nas estratégias organizacionais para a sua concretização.

De acordo com Neves (2000), a enfermagem para se autonomizar como ciência humana, necessitou de se libertar das acções rotineiras ligadas às prescrições médicas, dando ênfase aos aspectos que lhe são únicos e que a caracterizam, dando importância à relação que se estabelece com o outro, conjuntamente com os sentimentos e tecnicidade que descrevem o seu desempenho.

#### 1.4 - MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Sabendo que o pensamento é considerado o mais elevado grau da actividade psíquica humana, o pensamento crítico é um componente essencial na enfermagem, a apreciação crítica, é fundamental na tomada e decisão.

O pensamento é o modo como o cérebro dispõe os nossos afazeres diários, o modo como lidamos com as coisas. O pensamento é um facto comum e que normalmente, se faz sem esforço, inconspícua e eficazmente (Smith, 1990).

De acordo com este autor acusamo-nos de agir sem pensar, e os críticos argumentam que muitas pessoas não são capazes ou não querem pensar. Pensar costuma ser visto como uma ocupação mental ocasional, realizada quando é necessário, não como uma actividade cerebral regular ou favorecida. No entanto o cérebro está sempre a pensar e, normalmente, a pensar muito bem. Deve haver, durante o dia, muitos poucos momentos que o nosso cérebro não está ocupado a categorizar, a inferir, a resolver problemas, a decidir, e envolvido noutros empreendimentos que se supõe serem componentes do pensamento.

O pensamento crítico não exige uma ordem complexa de capacidades apreendidas, mas competência naquilo que se está a pensar (Smith, 1990). O pensamento crítico não é uma série de capacidades específicas, é essencialmente algo de que todas as pessoas são capazes e que em certa medida o fazem constantemente.

Os enfermeiros precisam do pensamento crítico a fim de serem profissionais seguros, competentes e habilidosos, o ritmo de desenvolvimento do conhecimento requer que estes sejam pensadores críticos (Alfaro-LeFevre, 1996).

Como refere o autor supracitado “*o pensamento crítico em enfermagem, permite fazer julgamentos baseados na evidência com a máxima objectividade, baseando-se no método científico e utilizando estratégias que permitem maximizar todo o potencial humano do cliente*” (Alfaro-LeFevre, 1996:169).

O pensamento crítico é assim entendido como uma parte essencial de uma prática de enfermagem autónoma e eficiente, reside por vezes na dificuldade em justificar as decisões na rotinização e na ritualização.

A tomada de decisão em enfermagem é um fenómeno recente, na década de sessenta do século passado, exigia-se às enfermeiras que fossem apenas agente de execução e de informação, isto implicava não ter qualquer julgamento, discernimento, ou espírito crítico (Colliérre, 1989).

Às enfermeiras não era exigido responsabilidade sobre os seus actos. Apenas teriam de ser “*aptas a assumir as responsabilidades, mas apenas para assegurar o que os outros vos ordenam, visto que sois o prolongamento da sua acção, seja ela médica ou instituição*” (Colliérre, 1989:89).

Com as alterações do papel das mulheres na sociedade, as enfermeiras mudaram a sua orientação, passaram a adoptar um papel mais interventivo caracterizado por um julgamento próprio do que são os problemas e intervenções próprias do campo de actuação de enfermagem, bem como, por uma execução de acções de natureza independente. Com este papel mais activo em tudo que se relacione com o processo terapêutico do cliente, implica a necessidade dos enfermeiros tomarem decisões e responsabilizarem – se por as mesmas. No início deste processo começaram a surgir uma multiplicidade de termos para o descrever, nomeadamente a tomada de decisão clínica, o julgamento clínico, o raciocínio clínico e o raciocínio diagnóstico.

Dowie, (1993) in Thompson & Dowding (2002), faz a distinção entre o termo julgamento e a decisão, o julgamento é a avaliação das diferentes alternativas possíveis, o julgamento envolve a integração de diversos aspectos de informação acerca da pessoa, objecto ou situação para conseguir chegar a uma avaliação.

As decisões foram definidas como a escolha entre alternativas, a ênfase aqui é colocada na forma como as pessoas escolhem determinadas acções, especialmente em situações de incerteza, em que as consequências das suas acções são desconhecidas. Apesar de os julgamentos poderem ser separados das decisões, no âmbito da saúde eles estão intimamente relacionados Dowie, (1993) in. Thompson&Dowding (2002).

É do consenso geral que as boas decisões dependem de bons julgamentos, e os bons julgamentos são essenciais para uma prática de excelência. Podemos, assim considerar o julgamento como o precursor da decisão, não podendo ser separado do acto de decidir pois dele depende todo o processo decisório. O julgamento é essencial em todas as situações onde é necessário decidir, mas em situações ambíguas indeterminadas e inesperadas, onde existem inúmeras vezes incertezas e contingências que a enfermeira não consegue controlar, ainda se torna necessário e fundamental a existência de um julgamento, por ser algo, onde muitas vezes não existem certezas, é considerado como julgamento clínico (Benner, 1999).

Na teoria interpretativa de Benner (2001), a tomada de decisão em Enfermagem é caracterizada pelos seguintes pressupostos: a actividade precede o pensamento racional -analítico ao invés de surgir como resultado do mesmo, o uso de estratégias formais na tomada de decisão tem utilidade limitada, as decisões têm como base a totalidade da situação e não elementos isolados.

Assim, a actividade também envolve pensamento -racional analítico, ainda que a intuição seja preponderante.

A intuição é um rápido reconhecimento de padrões baseados em inúmeras experiências análogas vividas anteriormente (Benner, 2001). A autora caracteriza o pensamento intuitivo como apanágio exclusivo dos peritos, visto que o principiante, por não estar familiarizado com a situação, não tem como actuar antes de pensar.

Para Paul&Heaslip (1995) a intuição é a mais comum das experiências humanas, quando crianças não temos conhecimento intuitivo, mas após um ano e meio, já somos possuidor de um conhecimento intuitivo, adquirimo-lo, entre outras coisas desde a descrever com exactidão a nossa linguagem falada, isto é feito imediatamente sem esforço e sem ajuda de um raciocínio consciente.

Ainda de acordo com o autor supra citado, por detrás de todas as decisões de enfermagem e comportamentos deverá estar um entendimento profundo da filosofia de saúde e do processo de tomada de decisão, isto inclui um conhecimento dos princípios de enfermagem, conceitos, teorias, biologia, sociologia, princípios psicológicos, conceitos acerca de factos básicos da doença humana, saúde, bem estar e do que rodeia.

O enfermeiro constantemente defronta-se com situações que exigem decisões e nem sempre está suficientemente preparado para participar do processo decisório nas instituições de saúde que desempenha funções, apesar destes trabalharem em equipas multidisciplinares, nem sempre tomam decisões em conjunto com as mesmas. É fundamental conhecer as características da profissão e do contexto de trabalho para a tomada de decisão nos cuidados de enfermagem.

Outro aspecto importante no âmbito da discussão sobre a tomada de decisão em enfermagem e para além das questões centradas no processo de tomar decisões em si, tipo de pensamento envolvido, capacidades cognitivas e disposições afectivas para a utilização do pensamento crítico (Paiva, 2006).

A decisão clínica da enfermagem exige maior responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão do enfermeiro, além da qualidade de informação, de raciocínio e de decisão clínica (Jesus, 2006). Essas habilidades não estão relacionadas à idade ou antiguidade profissional, segundo o mesmo autor, que identificou, em seu trabalho científico, quarentena e cinco estratégias de raciocínio que possibilitam a orientação do pensamento.

Este acto de decidir é um facto presente e constante na vida pessoal, profissional e social de cada um de nós. Ciampone (1991:92), define a tomada de decisão como *“um acto, que significa necessariamente escolher entre uma ou mais alternativas ou opções, com vistas a alcançar um resultado desejado”*.

Tomar decisões inclui sempre optar entre várias hipóteses, a tomada de decisão é um processo cognitivo, complexo, definido como a escolha de determinada linha de acção (Marquis&Huston, 1999).

Para Webster in Marquis&Huston (1999) a tomada de decisão é definida como “julgar ou escolher”, decidir é escolher de entre todas as hipóteses possíveis naquele momento,

aquela que segundo o nosso julgamento parece a mais adequada para dar resposta ao problema identificado, atingindo assim os nossos objectivos.

Ciampone (1991) tal como Marquis&Huston (1999) referem-se à tomada de decisão como um processo de decisão que começa antes do momento da escolha, é um processo dinâmico, flexível e contínuo, que envolve fenómenos individuais e sociais, baseados em factos, valores e crenças que culminam numa escolha.

Como processo de decisão, a sua realização pressupõe a existência de diversas fases a serem percorridas, como forma de sistematizar e contribuir para uma aprendizagem por tentativa e erro seja amenizado, *“existem uma série de fases a serem percorridas, como a percepção do problema, a definição do problema, a colecta de dados, a análise dos dados, a redefinição do problema, a procura de soluções alternativas, a escolha ou decisão, a implementação e a avaliação”* (Ciampone, 1991:193).

As fases mencionadas podem ou não, serem percorridas, podendo variar consoante o tipo e complexidade da decisão, como também o contexto, as pessoas, a responsabilidade quer individual quer profissional e a experiência da pessoa que decide.

Para a elaboração de um projecto de cuidados, de acordo com os objectivos e situação do cliente são definidas algumas características da enfermeira, essenciais para que esta possa elaborar conjuntamente com o cliente o projecto. Para isso, Hesbeen (1997:100-107) refere ser necessário, dialogar, reflectir, analisar e identificar os elementos da situação vida em que a enfermeira irá interferir. O referido autor descreve algumas das características que a enfermeira deverá ser possuidora, que optamos por apresentar, por serem essenciais para um assumir e reconhecimento das decisões das enfermeiras, assim esta deverá:

*“Possuir conhecimentos de ordem humana, técnica e científica em relação à saúde;  
Situar a sua acção numa equipa pluridisciplinar e conhecer os apoios que pode recorrer para a sua prática”;*

*“Desenvolver e exercer a capacidade de inferência, fundamental para identificar todos os componentes da situação, as relações que se estabelecem entre eles, e também para ir buscar ao seu campo de conhecimentos os elementos que lhe irão permitir actuar perante uma situação de vida”;*

*“Possuir capacidades de recorrer à intuição e de tecer laços de confiança com os outros; Fomentar e praticar a sua autonomia e a dos outros”;*

*“Estar atenta aos aspectos relacionados com o bem-estar e o conforto do cliente”.*

Por último o autor supracitado (1997), menciona que as enfermeiras deverão ter as seguintes características para uma prática de excelência:

Capacidade de cuidarem de si próprias;

Uma visão enriquecedora dos conceitos básicos da enfermagem: humanidade, saúde, vida, cuidar e cuidados de enfermagem;

Uma palavra de enfermagem autêntica e reflectida.

Nos modelos de tomada de decisão em enfermagem, tentamos perceber os processos cognitivos envolvidos no processo de tomada de decisão, o julgamento e a decisão têm sido objecto de estudo desde há muito. Com estes estudos desenvolvem-se diversas teorias sobre este fenómeno, que poderão dividir-se em normativas, descritivas e prescritivas (Thompson&Dowding, 2002).

Os modelos mais mencionados em enfermagem, são essencialmente os normativos e os descritivos, enquadrando-se em duas categorias teóricas, a sistemática/positiva e a intuitiva/humanista (Thompson, 1999).

Na categoria sistemática/positiva, a tomada de decisão é vista como um processo racional hipotético/dedutivo, caracterizado por o pensamento analítico, precede a actividade e a decisão, o modelo hipotético/dedutivo é baseado na teoria do processamento da informação (Thompson, 1999). Esta última teoria descritiva é a das mais utilizadas como base para muitos estudos sobre a tomada de decisão em enfermagem.

De acordo com Thompson&Dowding (2002), as teorias normativas, assumam que os indivíduos são racionais e lógicos, baseiam-se em estatísticas, o julgamento e decisões são realizados num mundo real. As teorias descritivas tentam descrever como chegam os indivíduos ao julgamento e à decisão, concentram-se mais no processo de decisão e julgamento. As teorias prescritivas, tentam melhorar os julgamentos e decisões

individuais, avaliando a forma como os indivíduos julgam e decidem e tentam ajudá-los no processo.

Em concordância com Ciampone (1991) e Marquis e Huston (1999), são quatro os conceitos que estruturam o modelo na tomada de decisão (Quadro 1), tendo estes conceitos como componentes fundamentais, a responsabilidade na tomada de decisão sobre as intervenções de enfermagem, a avaliação e acompanhamento integral e continuado, a comunicação directa entre os cuidadores e a descentralização da gerênciada enfermeira principal.

### **Quadro 1-Conceitos que estruturam o modelo na tomada de decisão**

<b>Modelo</b>	<b>Conceitos</b>
TOMADA DE DECISÃO	Responsabilidade
	Autoridade
	Autonomia
	Dever

Os autores acima referidos, direccionarem o processo de tomada de decisão para a profissão, apresentarem propostas de etapas de modelo.

Descrevemos seguidamente sob forma de quadro, os dois modelos e posteriormente cada um será descrito sucintamente (Quadro 2).

O modelo de Ciampone (1991), define nove etapas explicando que o processo de decisão deve começar a partir da percepção de algum problema, em seguida é a fase de tentar definir o problema tendo em atenção que a delimitação do problema deve ser feita com base apenas na situação descrita. A fase da colheita de dados é muito importante, uma vez que a informação é a base para a decisão. Após o registo dos dados colhidos, a autora apresenta a etapa da análise dos dados, caracterizando -a pelas informações mais relevantes quanto à situação em questão, com suporte nestas informações, é possível procurar soluções alternativas. A fase da escolha e decisão é introduzida, sendo essencial a compatibilidade com a filosofia do serviço de Enfermagem e, se possível, que deve ser compartilhada por todos os profissionais envolvidos na instituição para diminuir conflitos e dificuldades, na implementação da decisão e a avaliação.

No outro modelo, Marquis e Huston (1999) adoptam quatro etapas e apresentam-no como instrumentos essenciais no processo de decisão salientam, que as decisões devem ser baseadas nos conhecimentos e nas informações suficientes para iniciar o processo. A primeira etapa refere-se à identificação do problema, afirmando que esta fase se dirige à procura de informações pertinentes e verídicas sobre a situação em questão, com base nos dados colhidos. Os autores denominam a segunda etapa como a geração de alternativas, as quais precisam ser fundamentadas para serem analisadas. A terceira etapa, a escolha da solução, e por ultimo a etapa da implementação.

Na presença dos modelos expostos e desenvolvidos por estudiosos da Enfermagem, deve -se considerar de elevada importância tais estruturas. E para referir os modelos de etapas do processo decisório encontrou -se Ciampone (1991), estudiosa Brasileira e, Marquis e Huston (1999 ) de origem americana, com material traduzido.

Ao reflectir sobre esses modelos, a estrutura teórica é semelhante, quanto aos passos a serem percorridos diferenciando -se pelo número de etapas. O primeiro, com uma descrição mais detalhada e o segundo, mais sucinto; ambos no entanto, são resultados de um amplo aprofundamento teórico do tema, sendo recomendáveis para a utilização na prática profissional da Enfermagem.

**QUADRO 2 - Etapas de *modelos de etapas do Processo de Tomada de Decisão na Enfermagem***

<b>AUTORES ETAPAS</b>	<b>CIAMPONE (1991)</b>	<b>MARQUIS e HUSTON (1999)</b>
<b>Primeira etapa</b>	Identificação do problema	Identificação do problema
<b>Segunda etapa</b>	Definição do problema	Geração de alternativas
<b>Terceira etapa</b>	Colecção de dados	Escolha
<b>Quarta etapa</b>	Análise de dados	Implementação
<b>Quinta etapa</b>	Redefinição do problema	
<b>Sexta etapa</b>	Procura de soluções Alternativas	
<b>Sétima etapa</b>	Escolha da decisão	
<b>Oitava etapa</b>	Implementação	
<b>Nona etapa</b>	Avaliação	

Em situações novas e urgentes, tanto os custos como os benefícios são altamente incertos e há, por um lado, risco de agir cedo demais, com a informação de menos e, por outro lado, um risco de agir cedo demais. Então, como não podemos esperar tomar uma decisão correcta teremos que nos contentar com uma que seja suficientemente assertiva. Portanto, a decisão passa da simples forma de determinar o que deve ser feito para a complexa aquisição da resposta às necessidades do outro e reconhecer os próprios poderes e limitações.

### 1.5 - ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO RELACIONADOS COM A AUTONOMIA EM ENFERMAGEM.

Consideramos que os estudos desenvolvidos, são um referencial teórico adequado e importante para outros estudos de investigação e para serem aplicados à prática, dando assim continuidade aos mesmos e divulgando os existentes.

Entre os vários estudos de investigação relacionados com a autonomia em enfermagem pesquisados, apenas referimos alguns que de uma maneira ou outra contribuíram para a elaboração desta investigação.

No trabalho de investigação desenvolvida por Espada (2006), sobre “Autonomia em Enfermagem: Uma Questão Profissional, Política ou Pessoal? Foi feita uma reflexão sobre questões ligadas à autonomia em enfermagem, nas três dimensões a Profissional; a Política e Pessoal.

Os autores supracitados concluíram na sua investigação que “o enfermeiro autónomo será aquele que é capaz de prescrever, realizar e avaliar as suas intervenções em resposta a um diagnóstico, assumindo as consequências daí decorrentes (...) o processo de autonomização dos enfermeiros é um processo que se constrói de uma forma quase dolorosa (já que se assiste a perdas e ganhos em contextos de alguma conflituosidade), e que está longe de estar concluído, tendendo os menos seguros em termos de personalidade e conhecimentos a desistir e a acomodar-se” (Espada, 2006:39).

A pesquisa desenvolvida por Martins (1998), com o objectivo de “investigar os caminhos percorridos pela enfermagem enquanto ciência, em busca da sua autonomia”, referiu que

a “prática profissional, a autonomia, a criatividade e a disposição para enfrentar desafios, favoreceram uma melhor compreensão dos caminhos já trilhados pela enfermagem, além de nos permitir entender que o enfermeiro pode ser autónomo e livre”.

Na investigação (Gomes e Oliveira, 2005:151), conclui que “*a autonomia profissional tende a ser representada como algo que não está completamente estabelecida*”, mas como “algo que está sendo construído” e que os “comportamentos pessoais eticamente orientados e profissionalmente comprometidos com a enfermagem e com a saúde da população constituem-se como bases importantes para a construção de um saber/fazer autónomo”.

Finalmente salientamos o Nunes (2007), sobre “A tomada de Decisão de Enfermagem em Emergência”, menciona dois temas bastante importantes, a tomada de decisão do enfermeiro e a prestação de cuidados de enfermagem no contexto de emergência. Neste sentido o autor faz uma reflexão como o ambiente influencia a prestação de cuidados e como esta prestação de cuidados influencia as decisões que o enfermeiro toma e quais dessas decisões serão autónomas ou interdependentes e ainda qual o papel da formação em serviço na eficácia e sistematização dos cuidados. Estes são aspectos que o autor foca no seu estudo e que contribui para os profissionais reflectirem nas práticas de quem diariamente tem que lidar e gerir estas questões.

Este estudo é de grande importância para este trabalho porque contribui para a reflexão da temática em questão.

## **CAPITULO II – O EXERCICIO DA AUTONOMIA DOS ENFERMEIROS NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO URGENTE/PERMANENTE**

### **2.1-COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS QUE PRESTAM CUIDADOS NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO URGENTE/PERMANENTE.**

Os Serviços de Atendimento Urgente/Permanente, são serviços dos centros de saúde, destinados ao atendimento dos clientes em situação de urgência e ao seu encaminhamento para os cuidados de saúde secundários, funcionam em horário pré estabelecido durante 24 horas ou período inferior.

Estes serviços de Atendimento Permanente, também chamados pelos anglo-saxónicos “Walk in Clinic”, não são mais que consultas abertas, permanentes de Medicina Familiar, a que recorrer para encontrar resposta imediata para as suas doenças e/ou sofrimento de instalação urgente e que preocupam quem tem sintomas anormais, de que são exemplo a febre ou a simples cefaleia (Santos: 2008).

A abordagem e o tratamento do doente urgente e emergente constituem desafios cada vez mais significativos e complexos, existem implicações clínicas, mas também de ordem estratégica pois as opções organizativas assumidas na urgência médica resultam num impacto considerável sobre o restante sistema de saúde.

É fundamental que os profissionais saibam exactamente o que fazer perante as situações mais graves e/ou frequentes e que as logísticas inerentes estejam presentes e preparada.

A missão do serviço de urgência encontra-se claramente definida no Despacho Ministerial de Saúde nº 11/2002, que estipula: *“o tratamento das ocorrências de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, as situações urgentes, e situações de instalação súbita em que existe, estabelecido ou eminente o compromisso de uma ou mais dessas funções, e não tem por base uma definição vaga assente na noção subjectiva do utente”*.

Nunes (2007) fundamenta o serviço de urgência como uma necessidade de excluir uma causa ameaçadora para a vida, como causa das queixas do cliente, necessidade de

estabilizar o cliente, necessidade de diagnóstico, confirmar se toda a avaliação e tratamento do doente estão registados, ajustar o procedimento às expectativas do mesmo e verificar se os recursos são suficientes e ministrados de forma eficiente.

A doença ou acidente que leva o cliente a recorrer a um S A U/ S A P, vai interferir com as necessidades humanas básicas, e pode ser encarada como uma ameaça à sua independência. Analisando as necessidades do cliente, implica uma correcta planificação dos cuidados de enfermagem, onde os enfermeiros questionam sobre quais as necessidades mais importantes e prioritárias, como quem lhe deve dar a resposta.

Numa abordagem do cliente num cenário de prestação de cuidados imediatos, onde estes vêm em busca de um diagnóstico ou de um rápido alívio. Nestes serviços os enfermeiros lidam com os aspectos práticos da situação, desvalorizando a subjectividade e os sentimentos do cliente sobre a experiência de doença súbita ou acidente, centrando-se no tratar e não no cuidar.

Cuidar é um conceito nuclear da prática do cuidado, emergindo dos E.U.A no final dos anos 80 e significa que a essência da enfermagem está mais além das habilidades técnicas do modelo biomédico. De acordo com Hesbeen (2000:69), os cuidados de enfermagem são a “atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Englobam tudo o que os profissionais fazem, dentro das suas competências, para prestar cuidados às pessoas.”

A enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale; contudo ela evoluiu, como prática especializada ao longo dos anos (Sheehy`s, 2001).

Macphall in Sheehy`s, (2001:3), define enfermagem de urgência, como “ *a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções. Os cuidados de urgência são episódicos, primários e, normalmente, agudos*”.

Os enfermeiros prestam cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, estes cuidados define-se pela diversidade de conhecimentos de doentes e de processos de doença. A abordagem de um doente crítico é uma situação potenciadora de stress, em que as decisões devem ser tomadas de forma

sistemática e sistematizada, rapidamente e numa sequência de prioridades. O domínio cognitivo, do saber-saber e do saber-fazer da experiência e da prática são factores de extrema importância para reduzir o stress da decisão e da acção.

A prática de enfermagem de urgências requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado, sendo este um serviço com características muito próprias, os clientes constituem uma população original, pouco homogénea, nas suas características sociais.

Com o deslocamento aos serviços de urgência o nº excessivo de clientes que recorrem a estes serviços por vezes a relação com o cliente/família é descuidado. A relação que se estabelece ao longo de uma interacção situa em três áreas e portanto são complexas.

Na primeira a família é levada a desempenhar uma função de vigilante ou de educador do doente. Na segunda, leva-se uma família considerada reivindicativa a compreender, que será afastada, para preservar a calma necessária ao paciente. Não trabalhar sob o olhar de terceiros interessados, manter à distância o ambiente familiar é um modo de prevenir eventuais críticas e de evitar pedidos intempestivos (Peneff, 2002).

Voltamos a citar Peneff (2002) que considera que a enfermeira das urgências em pouco se compara ao das outras enfermeiras que, pelo menos nas conversas, dão mais importância ao “humano”, ao diálogo, insiste no “relacional”. As primeiras afirmam-se como técnicas, polivalentes, fazendo parte da elite. A senha é: “Vamos tecnicar este doente.”

Estas enfermeiras defrontam-se com alguns perigos, nomeadamente aos ataques, ou as tentativas, de que são alvo, que não são raros neste tipo de serviço, a violência é dirigida a quem está por perto (Buresh, 2004).

Embora consideremos o enfermeiro como um profissional autónomo, competente, independente e detentor de conhecimentos e práticas científicas, a sociedade, ou pelo menos uma parte significativa dela, continua a não reconhecer este facto, considerando os enfermeiros como auxiliares do médico, submissos e cumprindo apenas tarefas e ordens prescritas, sendo ainda mais grave o facto de algumas dessas pessoas serem os próprios enfermeiros (Martins, 1998).

## 2.2-PROCESSO DECISÓRIO NA ENFERMAGEM DE URGÊNCIA.

Face às novas exigências e responsabilidades que a sociedade coloca aos profissionais de saúde em geral, é mandatário que as enfermeiras assumam-se como decisoras autónomas, com capacidade de argumentarem e justificarem as decisões sobre as suas intervenções independentes, com conhecimentos e convicções próprias. Só assim será possível que as decisões em enfermagem constituam uma actividade social e partilhada, em que os enfermeiros passam de passivos a activos dentro da equipa, onde as suas opções são ouvidas e consideradas ao mesmo nível dos restantes profissionais.

A tomada de decisão é universalmente aceite como fazendo parte da prática de Enfermagem é um processo complexo que pode ser definido como uma série de decisões, incluindo as observações feitas numa situação clínica, avaliação dos dados adquiridos e acções a tomar de modo a satisfazer as necessidades. É importante na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de enfermagem e essencial para obter os melhores resultados com os doentes, melhorar a prática clínica, melhorar os custos e assegurar a transparência na tomada de decisão.

A noção de papel de doente varia em função do significado socialmente atribuído à doença. A concepção subjectiva de saúde, usualmente atribuída à forma comum como as pessoas a definem, determina a procura e em grande parte a utilização da assistência dos serviços de saúde.

Desde os tempos mais remotos que o homem procura cuidados que lhe permitam a continuidade da vida, do grupo e mesmo da espécie e da sua saúde, tantas vezes abaladas pelas condições naturais para as quais o ser humano se encontra pouco preparado. “Os cuidados prestados pelos enfermeiros são percebidos pelas pessoas de acordo com a imagem mental e juízo de valores que constroem em torno destes cuidados” (Ribeiro, 2003:27-31).

A percepção de acordo com este autor progride com o conhecimento que as pessoas vão adquirindo e este com as relações que estabelecem com os outros. Daí que possamos dizer que a forma como os sujeitos procuram os cuidados de enfermagem, e as necessidades que apresentam face a estes cuidados, depende em grande parte da imagem mental que têm dos enfermeiros e da maneira com estes enfermeiros se apresentam ao outro como corpo mediador. É a imagem física, associada aos

comportamentos sociais e individuais que o enfermeiro possui e transmite, que levam outro, nomeadamente a sociedade a criar uma imagem mental do que é ser enfermeiro.

No que corresponde aos cuidados de enfermagem, as representações sociais do corpo, de saúde e de doença fazem articulação de ideias em torno de esquemas dominantes de modo a percebermos melhor o que dá coerência, ao exercício e práticas dos cuidados de enfermeiros. As representações permitem-nos interpretar, pensar e agir sobre a realidade, funcionam como instrumentos de referência na comunicação, acção e controlo do mundo social, sendo essenciais na compreensão dos fenómenos sociais e simbólicos (Vale, 1992).

A valorização social do cuidar em enfermagem e do papel enfermeiro passa por um aprofundar conhecimentos sistemáticos e continuar na área do cuidar (Amendoeira (2004:1), O mesmo autor salientou ainda que o cuidar é um acto individual que se presta a si mesmo quando se tem autonomia, também um acto recíproco, que se presta a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir a satisfação das suas necessidades básicas.

Ao reflectir sobre a autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros na prática dos cuidados ao cliente/família, devemos ter em atenção a evolução e os conceitos que englobam, o domínio da enfermagem assim como: o enfermeiro, o cliente e a situação destes contribuindo para a melhoria dos cuidados.

Assim e de acordo com Brito (2001:42):

*“Cabe aos enfermeiros um papel relevante de participação — exercer a cidadania — não só na definição da política de saúde como também na vida das comunidades, participando nos movimentos sociais organizados, transmitindo os seus saberes para que a população possa estar mais informada sobre a problemática da saúde/qualidade de vida”.*

Reforçando a ideia de Brito salientamos outro autor que nos refere que todos nós, individualmente ou através das instituições que nos representam, devemos contribuir para prestarmos mais e melhores cuidados de saúde, com eficiência e eficácia, aumentando a satisfação dos nossos utilizadores e envolver os nossos colegas e os outros membros da equipa.” (Filipe, 2000).

A enfermagem de urgência inclui um processo e diagnóstico de enfermagem, bem como

a tomada de decisão, reflexão e investigação analítica e científica. Os comportamentos profissionais inerentes à prática de enfermagem de serviço de atendimento urgente consistem em aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade, comunicação, autonomia e relações de colaboração com os outros e respeito mútuo.

Concluimos que a tomada de decisão do enfermeiro e a prestação de cuidados de enfermagem no contexto de serviço de urgência, é uma situação complexa e que está sujeita a múltiplos factores de interferência, podemos referir-nos ao ritmo do trabalho, o quanto ele é excessivo e difícil de ser realizado bem como os conflitos existentes nas interrelações profissionais. O controlo pode ser definido como a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usando as suas habilidades e desenvolvendo-as, bem como adquirindo novos conhecimentos.

### 2.3 - MODELOS ESPECÍFICOS PARA A TOMADA DE DECISÃO NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO URGENTE/PERMANENTE.

Desde os tempos mais remotos que o homem procura cuidados que lhe permitam a continuidade da vida, do grupo e mesmo da espécie e da sua saúde, tantas vezes abaladas pelas condições naturais para as quais o ser humano se encontra pouco preparado.

O desenvolvimento de uma ciência requer a formalização dos fenómenos e eventos que lhe dizem respeito, a formulação de modelos conceptuais de enfermagem, a construção de teorias e a definição do seu centro de interesse.

Um modelo conceptual só é completo para determinada profissão, quando explicita, formula postulados e valores que definiram a profissão, dando uma visão global dos objectivos a atingir, tendo em conta as necessidades de cuidados dos clientes (Adam, 1991).

As concepções de enfermagem estão, desta forma, relacionadas com o âmbito disciplinar da enfermagem enquanto ciência e especificam os laços existentes entre os conceitos de

“cuidados de enfermagem”, “saúde”, “pessoa” e “ambiente” direccionando e apresentando os diferentes modos como os enfermeiros expressam e desenvolvem as suas actividades.

A evolução verificada nos conceitos de enfermagem nos últimos anos, tem vindo a reflectir-se em todas as áreas do desempenho profissional. Os cuidados de enfermagem foram sofrendo grandes alterações na sua concepção e, conseqüente prestação. todos os condicionalismos arrastaram a preocupação principal dos enfermeiros para tratar, para a cura da doença/órgão doente e cumprimento de prescrições médicas, sendo o cliente atendido da mesma forma e em função da sua doença. Estes factos constituíam a base da tomada de decisão da enfermagem que apesar de ser eficiente privilegia as tarefas em detrimento da comunicação, adoptando o modelo biomédico.

O carácter marcante biomédico vivido pela profissão até à emergência dos modelos conceptuais de enfermagem nos anos 60, relegava a assistência da pessoa, no que respeita às suas reacções situação de doença (diagnostico e tratamento) e à morte, ao uso exclusivo da intuição e experiência. O paradigma biomédico da prestação de cuidados de enfermagem, assente na filosofia cartesiana, enfatizou a existência biológica do homem, onde prevalecia a ideia, que através do conhecimento das partes, se entendia o todo.

A preocupação com a doença promove a aquisição de competências técnicas em proveito das competências relacionais, é nesta perspectiva que os enfermeiros na sua prática quotidiana, prestam cuidados de enfermagem, concentrando-se sobre as necessidades físicas do doente e de saúde mediatos pelo corpo da pessoa, centrada nesta como seres físicos. Dá relevo ao diagnóstico correcto da doença, sendo o papel da enfermagem a execução exacta da prescrição médica, pois a meta privilegiada do modelo biomédico é a cura.

Esta perspectiva assenta num modelo tradicional e este era inicialmente o modelo biomédico, a participação do cliente é quase nula e os cuidados de enfermagem camuflados pelos cuidados técnicos e físicos. “ Nestas condições, a enfermeira distancia-se; tenta resolver os problemas de forma racional, valoriza os aspectos objectivos da situação; desvaloriza a subjectividade e o sentimento do cliente sobre a sua experiência da doença e efeitos dos tratamentos” (Ribeiro, 1995: 26).

A atitude dos enfermeiros, é de reparação com intenção da cura ou limitação da doença,

enfazando os procedimentos técnicos e o cumprimento de prescrições médicas. Isola-se cada vez mais a pessoa do seu contexto de vida, vendo-a ou reconhecendo-a pela patologia ou pelo órgão doente (Colliérre, 1989).

A preocupação predominante é com o órgão afectado, com o diagnóstico médico, o tratamento e a cura. A prática dos cuidados organizada em torno das tarefas prescritas pelo médico vai implicar que seja a doença a conduzir a acção dos enfermeiros na prestação de cuidados e dar sentido às tarefas a realizar.

Daí que possamos dizer, que a forma como os clientes procuram os cuidados de enfermagem, e as necessidades que apresentam face a estes cuidados, depende em grande parte da imagem mental que têm dos enfermeiros e da maneira com estes enfermeiros se apresentam ao outro como corpo mediador.

Como refere Ribeiro (1995:25) “ *o avanço tecnológico, associado a uma visão tecnicista e atomista do mundo, com ênfase na rentabilidade e utilidade, traduz-se, nos serviços de saúde, por formas de organização em que o doente, mal acabado de chegar, já tem a sua saída programada*”. Tudo tem que ser feito com rapidez, principalmente num serviço de atendimento Urgente/Permanente.

Durante a prestação de cuidados de saúde, verifica-se que os profissionais direccionam-se ao ser humano apenas pela sua patologia, essa situação se contrapõe à concepção de se que este ser humano envolve variadas dimensões: biológica, psicológica, afectiva, social, cultural, ética e política, que necessitam serem reconhecidas, como uma forma de visualizá-lo no todo, considerando sua integralidade, indissociabilidade e unicidade.

A orientação para o cuidar provem das ideias de Nightingale (1859), Henderson (1961, 1969), Watson (1998), entre outras, apelam para uma acção centralizada no utente como sujeito dos cuidados para os aspectos relacionais e abrange a pessoa e o seu ambiente. Em alternativa do modelo biomédico, para (Pearson e Vaughan, 1992), modelo para o exercício de enfermagem, o modelo de enfermagem é uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade, assim se a enfermagem for concebida de forma holística, compreendemos mais facilmente a relação entre as dimensões biológica, psicológica, sócio – cultural e espiritual do utente. Um modelo Holístico ao ser desempenhado por todos os enfermeiros ajuda a assegurar que todos comportam a mesma imagem, os mesmos objectivos e os mesmos conhecimentos na prestação de cuidados, assegurando a continuidade e consistência dos mesmos.

O desenvolvimento de enfermagem leva-nos a concordar com a ideia que se deve privilegiar a pessoa e a saúde. É necessário identificar o saber da enfermagem e efectuar uma reflexão sobre o cuidar, bem como revalorizar as relações entre enfermeiro cliente, “a maior parte das enfermeiras, tanto as mais revolucionárias como as mais submissas, são unânimes em afirmar que o seu trabalho não se limita a auxiliar o médico, que é muito mais do que isso” (Adam, 1994: 17).

Envolvendo a Ciência da enfermagem nesse orbe de constituição interactiva do ser, que contempla o sentido do viver humano em um plano bio psicossocial – espiritual e da completas harmonia e equilíbrio desse ser como o ambiente que o circunda, o seu propósito filosófico é uno, ao considerar o traço estrutural Holístico com abordagem pertinente às suas teorias, exemplificado no Modelo de Adaptação de Roy. Este é um modelo conceitual, permitindo que a pessoa seja vista como um sistema composto por vertentes de ordens bio psicossocial, as quais requerem respostas para a adaptação da pessoa a estímulos ambientais.

Na enfermagem, a pessoa é parte de um ambiente harmonioso e relacional, o qual envolve diferentes pessoas – enfermeiro, clientes, familiares e outros profissionais. Essa integração, pessoa – pessoa e pessoa – mundo espelha a abordagem holística tão evidente nas raízes existenciais da enfermagem teórica, onde o corpo, mente e espírito são inseparáveis e partes constituintes da pessoa que, submetida à quotidianidade, é um ser no mundo.

Numa perspectiva de desenvolvimento profissional é urgente que os enfermeiros dêem visibilidade à sua competência e mostrarem que são indispensáveis, através que das suas intervenções se obtêm resultados concisos em termos de ganhos para a pessoa como um ser bio-psico-socio-espiritual e cultural de modo a satisfazer as necessidades humanas básicas do cliente/família.

O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual (Silva, 2006).

A doença ou acidente que leva o cliente a recorrer ao Serviço de atendimento Urgente/Permanente é uma ameaça interfere com as necessidades humanas básicas do ser humano e pode ser encarada como uma ameaça à sua vida à sua independência,

analisando as necessidades do cliente seria oportuno saber quais as mais afectadas para fazer face as mudanças que surgem devido à sua situação quem é a pessoa, qual o seu meio ambiente, e quais as informações que possui em relação à sua doença. Logo para uma correcta planificação dos cuidados de enfermagem é recomendado que os enfermeiros reflectam sobre quais as necessidades mais importantes e prioritárias.

Durante anos, os planos de estudo dos cursos de Enfermagem, pretenderam formar profissionais competentes na vigilância clínica dos clientes, administração de medicamentos e realização de tratamentos prescritos. Hoje, todas as escolas se preocupam em abordar e preparar os profissionais para a metodologia de trabalho e para que sejam capazes de reflectir e tomar decisões autónomas, intervindo em conjunto com os clientes.

## **PARTE II – ESTUDO EMPIRICO**

## CAPÍTULO III – METODOLOGIA

*“As diferentes decisões são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação”*

FORTIN, Marie Fabienne

in: Processo de Investigação, p. 40

A metodologia é essencial à pesquisa, estruturam-se em elementos ordenados que proporcionam o alcance dos objectivos. Neste capítulo apresentamos o caminho percorrido e as decisões tomadas, com o intuito de descrever de forma sucinta e clara as linhas orientadoras que nos guiaram ao longo do trabalho, justificar as decisões metodológicas, descrever os procedimentos e técnicas utilizadas na colheita dos dados, e os processos de pensamento inerente à sua análise.

### 3.1-TIPO DE ESTUDO

Para que o percurso desde as interrogações iniciais de um estudo se processe de forma satisfatória e credível na busca de respostas e de novos conhecimentos, deve seguir-se um conjunto de passos completamente definidos (Fortin, 1999).

A mesma autora acrescenta que os métodos de investigação científica utilizada pelos investigadores devem estar de acordo com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as suas preocupações e objectivos de investigação. De acordo com este pressuposto, podem recorrer aos métodos de investigação quantitativa e qualitativa, na construção e desenvolvimento do conhecimento científico.

Tendo por base a finalidade do estudo e com o intuito de darmos resposta às perguntas de investigação optamos por um estudo tipo descritivo. De acordo com Fortin (1999:163) “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”.

Os tipos de estudo descritivo mais usuais são o estudo de caso e os inquéritos, optamos pelos inquéritos.

A mesma autora, no que diz respeito à abordagem quantitativa e qualitativa, refere que a abordagem quantitativa, baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo. Neste método permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas, os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos, isto é, assegurar uma representação da realidade.

Na abordagem qualitativa, baseada na perspectiva naturalista, concentra-se em demonstrar a relação que existe entre conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e investigador relativamente ao fenómeno e sobre a descrição semântica, de preferência às estatísticas probabilísticas Le Compte e Preissle, in Fortin (1999).

### 3.2-QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta a problemática do estudo e descrito o que constitui a nossa preocupação e respectivo enquadramento teórico, consideramos que agora devemos clarificar o problema do nosso estudo, fazendo tal como referem Quivy e Campenhoudt (1998), formulando uma pergunta de partida: *“Que funções autónomas na tomada de decisão têm os enfermeiros no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente e como as desenvolve?”*, a qual advém de outras que consideramos orientadoras. Assim formulamos as seguintes perguntas de investigação:

1 - Como consideram os Enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente a autonomia na sua actividade profissional?

2- Qual o significado que os enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente atribuem à tomada de decisão?

3 - Porque consideram os enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente importante a tomada de decisão nos cuidados?

4 – Qual a avaliação que os enfermeiros fazem das diferentes actividades de enfermagem em função do seu nível de autonomia percebida?

5 – Qual o modelo de cuidados mais adoptado no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente e a razão da sua utilização?

6 - Como caracterizam os enfermeiros o seu serviço e como este influenciam as intervenções de enfermagem?

### 3.3- CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO - DA ILHA DE SÃO MIGUEL, AÇORES

São Miguel é a maior das ilhas do arquipélago dos Açores. Com uma superfície de 746,82 km<sup>2</sup>, mede 90 quilómetros de comprimento e de 8 a 15 km de largura, contando com uma população de 131 609 habitantes (2001), mais 4,5% do que uma década anterior. É composta pelos concelhos de Ponta Delgada, Ribeira Grande, Lagoa, Vila Franca do Campo, Povoação e Nordeste. Designada por Ilha Verde, aquando da sua descoberta por volta de 1426/1439, começou a ser povoada cerca de 1440 por portugueses e por judeus, mouros e franceses (Brito, 2004).

Vamos fazer uma pequena abordagem aos Concelhos da Ilha de São Miguel e respectivas freguesias, apresentando algumas especificidades, onde foi efectuado o estudo, iniciamos pelo Concelho de Ponta Delgada e Lagoa, abrangidos pelo Centro de Saúde de Ponta Delgada.

#### **Ponta Delgada**

A cidade de Ponta Delgada assenta numa extremidade da plataforma baixa da ilha, no recesso mais abrigado da Costa, onde um estreito promontório de “biscoito” defendia o melhor ancoradouro natural. O Concelho de Ponta Delgada é constituído por 24 freguesias, o maior em área e população de todos os 19 concelhos do arquipélago dos Açores.

O estabelecimento de indústrias em Ponta Delgada começou na segunda metade do século XIX, com a fundação de uma fábrica de tabaco em 1866, seguindo-se outra em

1882 e a fábrica da cerveja em 1885. Mais recentemente aparece a indústria da fábrica do açúcar e do álcool em 1903. Por volta dos anos 60 aparecem as fábricas de conservas de fruta e de peixe, de calçado de borracha, de lacticínios e de moagem. Este desenvolvimento industrial exerceu atracção sobre as freguesias mais próximas da cidade, donde vinham todos os dias os trabalhadores para as fábricas (Meneses, 1995).

No comércio de Ponta Delgada pode encontrar-se uma variedade de artesanato e artigos regionais. A cultura do ananás foi introduzida na ilha de São Miguel, por volta de 1850. Pelos métodos tradicionais de produção, este produto adquiriu características que o distinguem das outras espécies como o abacaxi.

Até 1930, a cidade esteve praticamente estagnada. Nos últimos 40 anos o seu crescimento foi de 6.700 habitantes.

Ponta Delgada é a primeira cidade do arquipélago, a de maior área, a que tem mais população, a que possui o porto mais importante dos Açores. É por Ponta Delgada que se estabelecem todas as relações exteriores à ilha, a mais extensa, rica e povoada.

A cidade de Ponta delgada é constituída por três freguesias de área e população diferenciada: São Sebastião, também designada Matriz, São José e São Pedro.

O núcleo da Matriz apresenta variadíssimos monumentos, entre os quais se destacam as portas da cidade e a Igreja Matriz. Encontramos algumas casas Senhoriais, por ora adaptadas a outras funções. Entre elas destacam-se o Palácio de Santana (sede da Presidência do Governo) e o Palácio José do Canto, os Paços do Conselho (Câmara Municipal), o Colégio dos Jesuítas, o Mosteiro de Santo André (Museu Carlos Machado).

A freguesia de São José situa-se a oeste da Matriz, confrontando com as freguesias da Relva e dos Arrifes. Há cada vez mais uma tendência da expansão da cidade nestas direcções.

A freguesia de São Pedro, situada a leste da Matriz, confronta com as freguesias suburbanas de Fajã de Cima, Fajã de Baixo e de São Roque. Encontramos a Igreja setecentista de São Pedro, o miradouro do Alto da Mãe de Deus sobre a cidade e a ermida de Nossa Senhora da Mãe de Deus, Universidade, instalada na antiga residência do Visconde do Porto Formoso, o hotel de São Pedro. De grande realce é o prolongamento da Avenida Marginal Infante D. Henrique, iniciada na década de 70 do século XIX, junto à qual no final do séc. XX foram instalados a marina, os complexos das piscinas e do Clube Naval e actualmente As Porta do Mar.

A maior festa religiosa dos Açores é nesta ilha realizada, mais propriamente na cidade de Ponta Delgada, onde ocorrem todos os anos milhares de pessoas. São as festas do Senhor Santo Cristo dos Milagres que se realizam todos os anos no quinto Domingo depois da Páscoa.

Na zona Este da ilha, fica o Pico da Vara - a maior elevação da ilha - com 1103 metros de altitude. Na zona central, a serra de Água de Pau com 940 metros de altura e na zona Oeste situa-se a Caldeira das Sete Cidades com 850 metros de altitude.

Nas suas férteis terras são produzidos cereais, chá (em São Miguel existe a única plantação de chá da Europa), fruta e vinho. Também as férteis terras alimentam o gado bovino.

No sector agrícola têm fama as favas e as melancias, o bom vinho de cheiro e a batata inglesa.

Por volta de 1950, houve uma grande emigração para Estados Unidos e Canadá. Emigraram essencialmente a classe piscatória, agricultores e camponeses. A população que era de 2229 passou para 1378.

Os emigrantes revelaram-se de grande importância para o desenvolvimento da freguesia, não só com os produtos de primeira necessidade que enviavam regularmente, como com a (re) construção das suas habitações sempre que regressavam.

### **Ribeira Grande**

Actualmente, o Concelho da Ribeira Grande é o terceiro mais populoso do Arquipélago dos Açores (28 476 habitantes). Abrangido pelo Centro de saúde da Ribeira grande  
O Concelho da Ribeira Grande é o mais plano de toda a ilha, abrangendo 179,5 km<sup>2</sup> e 14 freguesias.

O Concelho da Ribeira Grande tem a sua sede na Cidade com o mesmo nome, constituída pelas freguesias da Matriz, Conceição, Ribeirinha, Ribeira Seca e Santa Bárbara. Para além destas, o município abrange as freguesias de Calhetas, Pico da Pedra, Rabo de Peixe (com a categoria de Vila), Porto Formoso, São Brás, Maia, Lomba da Maia, Fenais d'Ajuda e Lomba de São Pedro.

Este concelho é um dos mais férteis do arquipélago, apresentando uma vegetação abundante e variada.

A Serra de Água de Pau abriga uma importante reserva natural com valiosos exemplares da flora autóctone, como a urze, a queiró, o louro e o cedro do mato.

O resto do Concelho está totalmente aproveitado pelo homem. Predomina a exploração agro-pecuária, a pastagem, nas terras altas, enquanto as mais baixas são dedicadas à agricultura. O domínio florestal também tem importância relevante, principalmente as matas de criptomera, árvore originária do Japão e largamente utilizada na construção civil.

### **Vila Franca do Campo**

Sendo o Centro de Saúde da Vila Franca do Campo, um dos locais de estudo e inserido neste conceito. A primeira capital da ilha foi Vila Franca do Campo, que veio a ser arrasada por um terramoto em 1522, altura em que a capital foi transferida para Ponta Delgada. Vila Franca é uma vila em constante desenvolvimento, onde se mantêm ainda as suas igrejas e palácios dos séculos XVI e XIX.

Desde a segunda metade do século XX, Vila Franca do Campo tem vindo a perder população. Dos 8200 habitantes de meados do século, em 1981 já só contava com 5400 e em 2001 pouco ultrapassava os 5100. Parada no tempo, mantêm um aspecto digno, sobressaindo as casas altaneiras e solarengas.

Nos últimos oito anos, o concelho de Vila Franca do Campo iniciou uma viragem no rumo económico, abrindo portas a fontes de rendimento novas, com uma aposta forte no desenvolvimento do Turismo, que passou pela construção de modernos equipamentos e infra-estruturas.

A Vila virou-se para o mar, através de uma intervenção urbanística de fundo, que lhe aumentou a orla costeira, entre o Cais do Tagarete e a Praia da Vinha d'Areia, que incluiu a construção de um moderno porto de recreio, a Marina da Vila; e do complexo turístico da Vinha d'Areia, composto pelo parque de diversões aquáticas Atlântico.

A aposta da autarquia no Turismo, como motor do desenvolvimento económico do Concelho, tem sido concretizada em sintonia com um forte investimento municipal na melhoria das condições de vida das populações, no entendimento de que não pode haver progresso económico sem desenvolvimento social e cultural.

## **Povoação**

O Concelho da Povoação, com área de 110.30 km<sup>2</sup> aproximadamente, situa-se na zona oriental da costa sul da ilha, distando 60 Km da cidade de Ponta Delgada. É delimitado pelos Municípios de Vila Franca do Campo (Poente), Ribeira Grande (Norte) e de Nordeste (Nascente). O Concelho é constituído por seis freguesias (Povoação, Furnas, Nossa Senhora dos Remédios, Ribeira Quente, Água Retorta e Faial da Terra) e tem cerca de 7000 habitantes.

Por todo o Concelho se usufrui de um conjunto magnífico de paisagens, parques, miradouros, praias (inclusive uma de água tépida). A Lagoa das Furnas é, por seu turno, outro recanto ao qual ninguém ficará indiferente pela beleza e magia que a envolve. Ao falarmos no Concelho da Povoação, não podemos deixar de realçar que no Vale das

Furnas, de acordo com os especialistas na área, se encontram a nossa maior riqueza – os recursos hidrológicos, resultantes das manifestações de vulcanismo activo patentes nas fumarolas e nos gaisers – manifestações únicas nos Açores. O Vale das Furnas detém 22 qualidades de águas minero-medicinais já classificadas, o que constitui em termos mundiais a maior hidrópole.

Os povoacenses dispõem de um concelho cada vez mais desenvolvido e, conseqüentemente, atractivo. O aproveitamento dos recursos naturais existentes por todo o concelho é a causa fundamental deste desenvolvimento, aliado ao trabalho efectuado a diversos níveis, nomeadamente a nível cultural e turístico.

## **Nordeste**

O Concelho de Nordeste está localizado no extremo da ilha de São Miguel, numa das Zonas de maior altitude e relevo orográfico. É a parte da ilha onde a actividade vulcânica se encontra há mais tempo extinta.

A pecuária e a agricultura são as principais actividades económicas dos nordestenses, que se dedicam também à silvicultura, pesca artesanal, indústria de madeiras e blocos, comércio, serviço de combustíveis e oficinas de reparações mecânicas, artesanato. Hoje em dia, uma actividade em franco desenvolvimento é o turismo.

A história e cultura do povo de Nordeste demonstram, no seu próprio crescimento e desenvolvimento através dos séculos, que foi e é um povo religioso e crente, não só nas

suas disposições e processos individuais, como também nas suas influências sociais, muito vinculadas à família de origem, à comunidade de fé e a outros factores como: toda a forma de transmissão religiosa, modelos resistentes, instrução e educação, reforço externo e confirmação social.

A Igreja acompanhou e ajudou o povo de Nordeste na sua promoção e na sua educação. Ainda não há muito tempo, a Igreja era a máxima instituição a nível da educação do povo de Nordeste, com as raras excepções dos professores primários, nos lugares existiam e residiam e um ou outro médico.

O Concelho de Nordeste é composto pelas seguintes freguesias: Salga, Achadinha, Achada, Santana, Algarvia, Santo António de Nordestinho, São Pedro de Nordestinho e Lomba da Fazenda.

#### 3.4 -AMOSTRA

Neste sentido o investigador procedeu à selecção do campo de estudo, bem como à selecção das pessoas ou informantes, que cumpriam determinados requisitos. O campo de eleição para a colheita de dados, foi os Serviços de Atendimento Urgente/Permanentes dos Centros de Saúde da Ilha de São Miguel, onde os enfermeiros desempenham o seu exercício profissional, pelo que se considera importante o aprofundamento conhecimentos nesta área, procurando compreender os processos, recursos e resultados na dinâmica da tomada de decisão destes enfermeiros, no processo de cuidados. Seguidamente foi aos dirigentes dos Conselho de Administração dos Centros de Saúde de Ponta Delgada, Ribeira Grande, Vila Franca, Povoação e Nordeste, o pedido por escrito, com o objectivo da investigação, bem como o tipo de estudo que pretendemos desenvolver e os métodos de colheita envolvidos, com a finalidade de podermos contar com a sua colaboração e ajuda.

Posteriormente os dirigentes responderam favoravelmente ao pedido de colaboração, para que tal se realize importa que os procedimentos incluem a formalização do acordo dos profissionais em questão, através da autorização.

Para definir a população ou Universo de participantes é necessário obedecer a um conjunto de critérios, como afirma Quivy e Campenhoudt (1998:159) “A *totalidade destes*

*elementos, ou das unidades constitutivas do conjunto considerado, chama-se população, podendo este termo designar tanto um conjunto de pessoas, como de organizações o de objectos de qualquer natureza".* Por população, entende-se um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios.

Quando não é possível estudar a totalidade da população utiliza-se um subconjunto ao qual se designa por amostra, devendo ser representativa da população alvo, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada. Considera-se a amostra um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma população.

A amostra deste grupo será uma amostra accidental, de forma não probabilística, em que os elementos são escolhidos em razão da sua presença num local, num determinado momento. (Fortin 1999), refere que a amostragem não probabilística tem o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística, nem sempre é fácil construir amostras probabilísticas em certas disciplinas profissionais, porque o investigador raramente tem acesso a toda a população. A amostra accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, esta amostra tem a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa.

Considerando o tipo de estudo descritivo relativo à problemática Autonomia na Tomada de Decisão dos Enfermeiros nos Serviços de Atendimento Urgente/permanente, definimos os critérios de selecção dos participantes.

O universo de enfermeiros que trabalham em Serviços de Atendimento Urgente dos cinco Centros de Saúde de São Miguel, estão distribuídos de uma forma dispersa, num total de 51 enfermeiros, deste número obteve-se a resposta de 26 enfermeiros, numa percentagem de 50,98%.

Para a constituição da amostra no estudo, não se elaboraram critérios de exclusão, podendo todos os enfermeiros responder ao questionário. A partir desta população, a amostra foi seleccionada através de técnica de amostragem não probabilística e accidental, os enfermeiros foram seleccionados através desta técnica de amostragem.

Procedermos à colheita de dados, por questionário, informamos previamente o serviço, agendando a data, hora e local, para a aplicação dos questionários, pretendendo que estes fossem preenchidos pelo participante num contexto face a face.

Os dados foram recolhidos entre Agosto e Setembro de 2008, através de questionário, nos referidos Centros de Saúde, inquirindo os enfermeiros que no momento disponibilizarem-se para responder.

O investigador dirigiu-se aos cinco centros de Saúde no período de 20 de Agosto a 10 de Setembro de 2008 e inquiriu os enfermeiros que no momento se disponibilizarem para responder, tendo-se verificado um tempo médio de preenchimento de cerca de 20 minutos.

### 3.5 – PRÉ – TESTE

Após a recolha bibliográfica e para dar resposta aos objectivos e às questões de investigação, elaboramos um questionário com 12 questões contendo perguntas abertas e fechadas, duas dicotómicas com duas hipóteses (sim, não e porquê), uma pergunta fechada de escolha múltipla, onde o enfermeiro escolhe as afirmações que mais se identificam no que é a tomada de decisão em enfermagem. Esta pergunta é composta por seis afirmações; uma questão com doze alíneas, que caracterizam diferentes actividades de enfermagem, referente a uma escala numérica horizontal, para cada item, escolhendo o ponto que mais se ajusta de forma a avaliar se executa as diferentes actividades de enfermagem mais no paradigma da interdependência ou autonomia.

A utilização do instrumento de colheita de dados foi precedida de uma aplicação a um grupo com características semelhantes às da população em estudo - pré-teste. Esta etapa é fundamental para assegurar a validade e precisão do instrumento de colheita de dados.

Foi aplicado o pré-teste a cinco Enfermeiros, sendo dois do Serviço de Atendimento Urgente do Centro de Saúde de Ponta Delgada, dois do Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Nordeste e a um enfermeiro do Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde da Ribeira Grande. O pré-teste foi realizado em Junho de 2008.

Após a realização do mesmo, aumentamos uma questão ao variável sócio – demográfico, relativa ao centro de saúde onde desempenha funções, obtendo assim uma melhor identificação e melhor compreensão das suas respostas, sabendo que cada centro de saúde possui características muito próprias.

Averiguamos que a questão número 7.1, onde questionava, como a autonomia na actividade profissional influencia os ganhos em saúde, não era muito objectiva e não respondia às questões de investigação pelo que foi eliminada.

Também verificamos que o questionário era muito extenso, o que levava os enfermeiros a não terem disponibilidade para responderem e dispersarem nas respostas, pelo que eliminamos 6 alíneas da questão número 10 que caracterizam diferentes actividades de enfermagem, referente a uma escala numérica horizontal, para cada item, escolhendo o ponto que mais se ajusta de forma a avaliar se executa as diferentes actividades de enfermagem mais no paradigma da interdependência ou autonomia.

Constatamos que as questões 11, 12 e 12.1, não eram perceptíveis, dificultando as respostas, não sendo muito objectivas, as respostas dos enfermeiros não iam contribuir para atingir os objectivos propostos. Assim, foram reformuladas estas questões, a numero 11 que passou a ser a 12, identificando melhor o tipo de modelo utilizado no serviço onde desempenha funções, a questão numero 12 que passou a ser a 13 foi substituído o contexto de trabalho do serviço por como caracteriza o serviço e a alínea 12.1 foi substituída por a questão número 14 onde pergunta de que maneira as características do serviço influencia as intervenções de enfermagem.

Perante estas situações, reformulamos o nosso instrumento de recolha de dados, o qual passamos a descrever no ponto seguinte.

### 3.6-INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para elaboração de um trabalho de investigação, é necessário recorrer a métodos que facilitam a colheita de informação para posterior registo e análise de dados. A colheita de dados é um processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando

recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação (Fortin, 1999).

A recolha de dados da população é como etapa fundamental de um trabalho de investigação, era imperioso que se elaborasse um instrumento de recolha de dados que vá ao encontro dos objectivos traçados inicialmente e das características da população. Para construir um questionário é necessário saber com precisão o que procuramos, garantir que as questões tenham o mesmo significado para todos e que os diferentes aspectos da questão tenham sido bem abordados.

Um questionário é, tal como o próprio nome indica, um conjunto de questões, ou seja, de itens que, por qualquer razão se decidem apresentar associados numa mesma folha (Moreira, 2004).

De acordo com Fortin (1999), o questionário é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis, ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

Utilizamos como instrumento de recolha de dados um questionário que foi aplicado aos enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Atendimento Urgente do Centro de Saúde de Ponta Delgada, no serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Ribeira Grande, no Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Vila Franca, no Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Povoação e no Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Nordeste.

Devemos decidir sobre a forma de proceder para aplicar o questionário, estes podem ser preenchidos pelo participante num contexto face a face, enviados pelo correio, levados em mão própria aos participantes ou enviados para um terminal de computador, podem dirigir-se tanto a grupos como a indivíduos, Fortin (1999).

A nossa opção para a aplicação do questionário, foi o preenchimento pelo participante num contexto face a face. Assim teríamos a certeza que todas as questões eram respondidas e se necessário explicaríamos qualquer dúvida.

Um questionário que contenha perguntas abertas e fechadas é profícuo quando se pretende obter informação qualitativa para complementar e contextualizar a informação quantitativa (Hill, 2002).

O instrumento de colheita de dados para o nosso estudo foi constituído por um questionário, basicamente estruturado por uma pequena introdução e 14 questões, contendo perguntas abertas e fechadas, o que de acordo com Hill, 2002, é profícuo quando se pretende obter informação qualitativa para complementar e contextualizar a informação quantitativa.

Na selecção das variáveis teve-se em cômputo a pesquisa bibliográfica, a finalidade e os objectivos do estudo. Para Fortin (1999:36) “*as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas, ou de situações que são estudadas numa investigação*” as quais poderão assumir diferentes valores consoante sejam exprimir graus, quantidades, diferenças. De acordo com a autora, as variáveis poderão ser classificadas segundo o modo como são utilizadas numa investigação. As variáveis são mutáveis e podem tomar diferentes valores que se distribui por diferentes níveis, ou que é de diferentes tipos e é o oposto a uma constante.

Neste estudo foram estudadas as variáveis relativas ao contexto sócio – demográfico dos enfermeiros. As primeiras 7 questões caracterizam a nossa amostra, neste sentido pretende-se avaliar; Género – variável operacionalizada através de uma pergunta dicotómica fechada com duas hipóteses de resposta (Masculino ou Feminino); *Idade* – variável operacionalizada através de uma pergunta aberta (Anos); *Estado civil* – variável operacionalizada através de pergunta de escolha múltipla (Solteiro, Casado, Divorciado, Viúvo e Outro); *Habilitações Literárias, Categoria Profissional, Tempo de Serviço e Centro de saúde* onde desempenha funções – variáveis operacionalizadas através de pergunta aberta.

A variável central do estudo é relativa à autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente.

As seguintes questões permitem recolher informação relativa às funções autónomas na tomada de decisão dos enfermeiros no Serviço de Atendimento Urgente/ Permanente e como as desenvolve. Esta verificação foi efectuada através da elaboração de sete questões, operacionalizadas através de; uma pergunta dicotómica com duas hipóteses (sim, não e porquê), para averiguar se o enfermeiro considera que tem autonomia na sua

actividade profissional; uma pergunta fechada de escolha múltipla, onde o enfermeiro escolhe as afirmações que mais se identificam no que é a tomada de decisão em enfermagem, esta pergunta é composta por seis afirmações; uma pergunta dicotómica com duas hipóteses de resposta (Sim ou Não) e (Porquê), para compreender os motivos porque os enfermeiros consideram importante a tomada de decisão na qualidade dos cuidados; Uma questão com seis alíneas, que caracterizam diferentes actividades de enfermagem, referente a uma escala numérica horizontal, para cada item, escolhendo o ponto que mais se ajusta de forma a avaliar se executa as diferentes actividades de enfermagem mais no paradigma da interdependência ou autonomia; Uma questão aberta para caracterizar o modelo de cuidados mais utilizado no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente e a justificação da escolha do modelo e uma questão aberta para caracterizar o serviço onde desempenha funções.

Finalizando com uma questão aberta, para compreender de que maneira as características do serviço influenciam as intervenções de enfermagem.

### 3.7-PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

O método de análise deve ser congruente em relação aos objectivos e ao desenho de estudo, segundo este vise descrever relações. As análises estatísticas escolhidas devem também ser apropriadas à qualidade dos dados, quer estes sejam nominais, ordinais ou métricos. Salientam ainda que esta análise deve ser embebida de criatividade, sensibilidade e trabalho árduo e intensivo, (Fortin, 1999).

Para a consecução deste processo fizemos uma abordagem qualitativa, que se concentra em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e investigador relativamente e das estatísticas probabilísticas.

Para o tratamento dos dados relativo às perguntas abertas, recorreu-se à análise temática de conteúdo de acordo com a técnica de Bardin. Este processo de construção de categorias, baseou-se fundamentalmente nos critérios preconizados por (Bardin, 2004),

Define-se análise de conteúdo como: “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”, (Bardin, 2004: 42).

Para cada categoria definimos indicadores que especificarem as unidades de registo identificadas nas respostas às questões abertas, pormenorizando o seu conteúdo.

A análise de conteúdo desenvolveu técnicas que procuram atingir a aceção declarada do material qualitativo. A técnica de análise de conteúdo utilizada para atingir o objectivo proposto por este estudo foi a análise temática, pois esta técnica é utilizada para temas que comportam um feixe de relações que podem ser representados por meio de uma palavra ou uma frase. Minayo (1992) enfatiza a análise temática como as melhores formas de adequação para a pesquisa qualitativa na área da saúde.

Também procedemos ao tratamento e análise dos nossos dados, tendo em conta, uma abordagem quantitativa, permitindo delimitar o problema de investigação, adoptando a análise estatística. Segue-se o tratamento estatístico, procedimento indispensável para análise e interpretação dos dados obtidos e a determinação da existência ou ausência da relação entre as variáveis.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizaram-se técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial, nomeadamente, frequências absolutas (nº) e relativas (%), medidas de tendência central médias aritméticas, medidas de dispersão ou variabilidade (desvio – padrão).

### 3.8- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Existem alguns princípios éticos básicos que se devem ter em conta no decorrer de toda a investigação, como o da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

Durante todas as etapas deste estudo, salvaguardamos os aspectos éticos inerentes à realização de uma investigação de carácter qualitativo e quantitativo, de forma a garantir

o anonimato e a proteger os participantes de consequências eventualmente menos positivas decorrentes na sua participação no estudo (Polit & Hungler 1994; Fortin 1999).

Ao elaborarmos um trabalho de investigação natureza, é da nossa responsabilidade pessoal e profissional, assegurar que toda a manipulação dos dados colhidos, nomeadamente no que diz respeito aos direitos humanos, seja sólida do ponto de vista ético e moral (Streubert, 2002:7). O investigador tem a obrigação de respeitar os direitos, necessidades, valores e desejos dos participantes (Creswell, 1999).

Assim, segundo Fortin (1999:128) os *“direitos das pessoas que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos são os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo, assim como o direito a um tratamento justo e equitativo (... )”*.

Baseámo-nos nos princípios éticos mencionados por Polit & Hungler (1995) como sendo fundamentais para a conduta ética de qualquer investigador em geral. Estes autores referem três princípios a ter em conta em qualquer investigação: o princípio da beneficência, que contém implícito o da não maleficência e que corresponde à máxima, sobretudo não prejudicar; o princípio de respeito pela dignidade humana, que inclui o direito à autodeterminação e à informação completa dos participantes, e o princípio da justiça, que inclui o direito que assiste ao participante de ser tratado de forma justa e o direito de preservação da sua intimidade. Abrange o direito que a pessoa tem de tomar acerca da sua participação no estudo.

Antes da recolha de dados, efectuamos as diligências necessárias no sentido de respeitar os requisitos éticos tanto a nível administrativo, como a nível individual, assim solicitamos a necessária autorização para proceder à recolha dos dados aos Conselhos de Administração dos Centros de Saúde de, Ponta Delgada, Ribeira Grande, Vila Franca, Povoação e Nordeste. Assim para além de solicitarmos a autorização da instituição que os participantes trabalhavam, disponibilizarmo-nos a esclarecer qualquer dúvida antes e após a colheita de dados, aos enfermeiros envolvidos no nosso estudo. Foi ainda assegurado, previamente, que o conteúdo da informação fornecida não será utilizado contra os mesmos.

No início dado preenchimento do questionário, todos os participantes foram informados dos objectivos do estudo como os seus procedimentos e que a sua participação era voluntária e que o anonimato e a confidencialidade da informação. Foi ainda assegurado,

previamente, que o conteúdo da informação fornecida não será utilizado contra os mesmos, garantindo a confidencialidade de todas as informações colhidas, como a identificação do profissional de saúde em questão. Também respeitando a decisão de quererem ou não participarem no estudo, bem como desistirem do mesmo.

Na fase de relatório, foram salvaguardados a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Tivemos em conta os riscos e os benefícios do estudo, a pertença dos resultados, o consentimento informado dos participantes, o direito à recusa de participação, a privacidade, confidencialidade, anonimato, a protecção contra danos, a qualidade da pesquisa e a divulgação dos resultados.

## **CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DE DADOS ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise às respostas ao questionário, para facilitar a leitura e interpretação dos mesmos, optamos por incluir, no mesmo capítulo, a apresentação, a análise, e a discussão dos resultados.

A análise dos dados permite ao investigador descobrir as categorias e as suas características, a sua relação com as subcategorias e com a variável principal (central).

### **4.1-CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

A amostra estudada é constituída por 26 enfermeiros que trabalham nos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente.

Os dados relativos às principais características sócios – demográficas podem ser observadas no (Quadro 3).

Pela análise dos dados apresentados no referido quadro, verifica-se que, os enfermeiros são na sua maioria do género feminino com 80,8%, os do género masculino representam uma menor percentagem com 19,2%.

A organização das idades em grupos etários homogéneos, permite verificar que o grupo com maior representatividade é o primeiro, o qual designam os enfermeiros com idades situado entre (21 a 30 anos), com 57,6%, seguindo-se o segundo grupo etário com 26,9%.

Relativamente ao estado civil, constata – se que 46,2% dos enfermeiros eram solteiros, 42,3% casados, 7,7% viúvos e 3,8% divorciados.

Quanto às habilitações literárias, permite verificar que 96,2% dos enfermeiros são licenciados, apenas 1 enfermeiros 3,8%, possui o bacharel.

No que concerne à categoria profissional, revela que a maior percentagem é a de Enfermeiro com 57,7%, seguida de Enfermeiro graduado com 38,5% e por último Enfermeiro chefe com 3,8%.

O tempo de serviço é importante, considerando e de acordo com Benner (2001:172) “*É a sua experiência que lhe permite ultrapassar as suas incertezas (...) a experiência ...*” não faz referência ao tempo que passou a exercer uma profissão, mas a um processo dinâmico que consiste em formar e/ou modificar teorias e ideias a partir da realidade. A mesma autora menciona ainda que “*para uma enfermeira atinja o nível de perícia é necessário trabalhar mais de seis anos neste domínio*” (Benner 2001:170).

Relativamente aos anos de serviço (Quadro 3), verifica-se, que a maioria dos participantes têm menos que 5 anos de serviço com 53,8%, seguindo-se o grupo de 11 a 20 anos de serviço representando 19,3%, o grupo dos 21 a 30 anos com 7,7% e os restantes 3,8% com mais do que 30 anos de serviço

### Quadro 3 – Caracterização Sócio – Demográfica dos Enfermeiros

<i>Variáveis sócio – demográficas</i>	<b>N=26</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>		
Feminino	21	80,77
Masculino	5	19,23
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Grupo etário</b>		
21 -30 Anos	15	57,69
31 – 40 Anos	7	26,92
41 – 50 Anos	3	11,54
51 – 60 Anos	1	3,85
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	12	46,15
Casado	11	42,31
Divorciado	1	3,85
Viúvo	2	7,69
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Habilitações académicas</b>		
Bacharelato	1	3,85
Licenciatura	25	96,15
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeiro	15	57,69
Enfermeiro graduado	10	38,46
Enfermeiro chefe	1	3,85
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>
<b>Tempo de serviço</b>		
1 – 5 Anos	14	53,85
6 – 10 Anos	4	15,38
11 – 20 Anos	5	19,23
21 – 30 Anos	2	7,69
> 31 Anos	1	3,85
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>

#### 4.2 – AUTONOMIA E TOMADA DE DECISÃO NAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Seguidamente vamos apresentar e discutir as questões de investigação.

Como consideram os enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente a autonomia na sua actividade profissional?

Podemos ver a resposta a esta questão no (Quadro 4).

Na opinião geral dos enfermeiros sobre a autonomia nas actividades profissionais, verifica-se que, relativamente às respostas sobre a autonomia nas actividades de enfermagem (Quadro 4), a maioria dos enfermeiros (24) referem ter autonomia, o que corresponde a 92,31% dos enfermeiros contra 7,69% que referem não ter.

Dos enfermeiros que responderam ter autonomia salientaram:

- Têm liberdade de tomar decisões;
- Possibilidade de planear actividades baseada em conhecimento científico;
- Agem em situação de urgência;
- A liberdade conferida é igual à responsabilidade exigida a nível da actuação de enfermagem;
- Têm autonomia a nível das competências profissionais.

Conforme o observado (Quadro 4), apenas (2) enfermeiros responderam não ter autonomia, justificando as intervenções de enfermagem como intervenções dependentes de outros profissionais de saúde.

A maioria das respostas 92,31% dadas pelos Enfermeiros vem ao encontro do REPE, pelo Decerto – Lei nº 191/96 de 4 de Setembro, em que classifica as intervenções e funções autónomas e interdependentes (artigo 9º, ponto 1). As intervenções autónomas são da exclusiva responsabilidade do enfermeiro, prescritas pelo enfermeiro que, decorreu de um diagnóstico de enfermagem.

Podemos pensar que estes enfermeiros se desenvolveram a partir de uma formação harmoniosa e integrada do indivíduo o que de acordo com Preto (2003) citando Chickering este desenvolvimento é fundamental para estabelecer a identidade.

Sá – Chaves (1997) salienta que a autonomia concerne ao auto – regulação e libertação dos limites, apesar dos condicionalismos externos que passam a influenciar, em vez de determinar o curso de acção do indivíduo, nos níveis mais elevados de maturidade.

De acordo com a literatura Deodato (2006), salienta que um componente fundamental do exercício da autonomia profissional da enfermeira é a tomada de decisão, que lhe permite a efectivação dos actos profissionais.

Informação complementar é-nos dada por Ciampone (1991:92), “Um acto, significa necessariamente escolher entre um ou mais alternativas ou opções, com vista a alcançar um resultado desejado”.

#### **Quadro 4 – Respostas dos enfermeiros sobre a percepção de ter ou não autonomia nas actividades de enfermagem**

<b>Autonomia</b>	<b>N=26</b>	<b>%</b>
Sim	24	92,31
Não	2	7,69
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>

Qual o significado que os enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente atribuem à tomada de decisão?

Para responder a esta questão de investigação procedemos a uma avaliação da frequência das respostas cujos resultados são apresentados no (Quadro 5).

A tomada de decisão é um processo de planeamento, de organização de informação e implica conhecimento científico.

A maioria dos enfermeiros, o que corresponde a 27,06% identifica a tomada de decisão como um “processo dinâmico, flexível e contínuo”, seguindo-se o “*planear a actividade para a resolução do problema de acordo com o próprio conhecimento*” com 20,00% e a “*análise da informação e dos dados recolhidos perspectivando soluções em função do conhecimento prévio*” com 18,82 %. De acordo com o mencionado pelos enfermeiros podemos concluir que a tomada de decisão se identifica com a capacidade de decisão técnico – científica, a capacidade de gestão, a capacidade de promover uma relação e a gestão de informação.

Estes resultados são corroborados com o Ciampone (1991) e Marquis&Huston (1999) ao referir que o processo da tomada de decisão é um processo dinâmico, flexível e contínuo que envolve fenómenos individuais e sociais, baseados em factos, valores e crenças que culminam numa escolha.

Neste sentido Silva (2006:21) vem reforçar esta ideia ao referir que “*A capacidade para combinar o conhecimento e experiência com capacidade de pensar, considerando o contexto onde o pensamento tem lugar, é essencial na resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, que se vêm tornando cada vez mais frequentes na prática clínica de enfermagem*”.

O que vem ao encontro do que diz Benner (2001:172) “É a sua experiência que lhe permite ultrapassar as suas incertezas (...) e experiência”, não faz referência só ao tempo passado a exercer a profissão, mas sobretudo a um processo muito activo que consiste em formar, modificar teorias e ideias de muito perto à realidade.

A mesma autora menciona ainda que “para um enfermeiro atingir o nível de perícia é necessário trabalhar mais de 6 anos neste domínio (Benner 2001:170).

**Quadro 5 – Respostas dos enfermeiros sobre o que melhor caracteriza a tomada de decisão em enfermagem.**

<i>Tomada de decisão</i>	Frequência	%
Processo dinâmico, flexível e contínuo.	23	27,06
Planear a actividade para a resolução do problema de acordo com o próprio conhecimento.	17	20,00
Análise da informação e dos dados recolhidos perspectivando soluções em função do conhecimento prévio.	16	18,82
Contínua acumulação de informação usando diferentes métodos e observação de dados importante.	14	16,47
Decisões onde os conhecimentos técnico-científicos só por si são insuficientes	11	12,94
Boa escolha, com a informação que tem disponível	4	4,71
<b>Total de respostas</b>	85	100,00

Porque consideram os enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente importante a tomada de decisão nos cuidados?

A resposta a esta questão encontra-se no (Quadro 6), procedemos à análise de categorias e subcategorias.

Relativamente à importância da tomada de decisão, os enfermeiros (26) questionados foram unânimes na sua resposta, em que 100% são da opinião que a tomada de decisão é um importante elemento na qualidade de cuidados. No que concerne à categoria salientaram a “*decisão de planeamento de cuidados*” sendo o maior número de respostas com 20, de seguida a “*decisão técnico científica*” com 14 respostas, a “*decisão de informação*” com 11 respostas e finalmente a “*decisão relacional*” com 8 respostas.

Perante as respostas dos Enfermeiros podemos pensar que os mesmos estão conscientes da importância da qualidade nos cuidados de enfermagem.

Atendendo que a qualidade em saúde resulta do desempenho multiprofissional, neste contexto, os enfermeiros portugueses redefinem métodos e técnicas que beneficiam a saúde dos cidadãos.

De acordo com padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002:39) “ *Nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde*”

Em oposição a estas afirmações a Direcção Geral de Saúde no Plano de Saúde 2004 – 2010 refere que actualmente ainda existe uma escassa cultura da qualidade referindo que “ *é por todos visível que o nosso Sistema de Saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores*” (DGS, 2004:172). O mesmo documento ainda refere que “é insuficiente a divulgação de experiências devidamente avaliadas e que configuram sinais de sucesso” (DGS, 2004:172).

Reforçando as respostas dos Enfermeiros encontramos Thompson e Dowding (2002) ao referirem que a capacidade das enfermeiras para fazerem julgamentos precisos, é essencial para a prática de enfermagem segura e efectiva e para a prestação de enfermagem de qualidade.

Relativamente à decisão de planeamento de cuidados, aparece-nos com maior número de respostas (9) o indicador “*planear cuidados de enfermagem segue-se define objectivos para dar resposta às necessidades do cliente*” com 8 respostas. Podemos afirmar que estes resultados estão em consonância com o defendido por Alfaro-Lefevre (1988), nomeadamente na elaboração do plano de acção, seleccionam-se estratégias e estabelecem-se prioridades, é nesta etapa que se seleccionam as intervenções de enfermagem. O planeamento é uma das etapas no processo de enfermagem, muitas vezes designado como método de resolução de problemas em enfermagem, podendo ser considerado como uma estratégia com raciocínio utilizada pelos enfermeiros para sistematizarem a tomada de decisão.

Os mesmos autores salientam que o processo de enfermagem é um método sistemático e organizado de tomar decisões sobre os cuidados de enfermagem necessários e planear a forma de executar, prestando assim cuidados individualizados.

Todas estas etapas conduzem necessariamente à tomada de decisão, embora para Carnevali & thomas (1993) nalgumas esta tarefa seja mais complexa do que noutras.

Neste sentido Hesbeen (1997) fez referência a algumas características essenciais que o enfermeiro deverá possuir para que esta possa elaborar conjuntamente com o cliente um projecto de cuidados, de acordo com os objectivos e situação do cliente, para isso o autor refere ser necessário, dialogar, reflectir, analisar e identificar os elementos da situação de vida que a enfermeira irá interferir.

Silva (2006:104) acrescenta que podemos interrogar-nos sobre o valor atribuído ao plano de cuidados:

*“O tempo despendido a documentar em planos de cuidados, comparativamente com o tempo despendido a documentar em notas de enfermagem é claramente inferior; há mais diagnósticos de enfermagem documentados em notas de enfermagem que em plano de cuidados, verificando-se o mesmo relativamente às intervenções de enfermagem.”*

Analisando a segunda categoria “*decisão técnico-científica*” com 14 respostas e o indicador com maior numero de respostas “*executa actividades de forma científica e responsável*” com 9 respostas.

Face a estes resultados podemos referir que os enfermeiros valorizam a decisão técnica – científica.

Neste sentido Hesbeen (1997) refere que os enfermeiros deverão ter algumas características de modo a poderem assumir e reconhecer as decisões quer dos próprios, quer dos restantes elementos da equipa. Assim deverá:

-Possuir conhecimentos de ordem humana, técnica e científica em relação à saúde.

-Situat a sua acção numa equipa pluridisciplinar e conhecer os apoios que pode recorrer para a sua prática.

-Fomentar e exercer a sua autonomia e a dos outros.

Também Nunes (2003) aborda o suporte científico, técnico e tecnológico dos cuidados, nomeadamente no desenvolvimento das teorias de enfermagem e na transformação dos conceitos.

Concluimos que os motivos da importância de tomar decisões, vão ao encontro de responder às necessidades do cliente, salientando que o agir é fundamentado pela autonomia e pela responsabilidade, assumindo esta responsabilidade ao tomar decisões.

**Quadro 6 – Respostas dos enfermeiros sobre os motivos que consideram importantes a tomada de decisão na qualidade de cuidados**

<b>Categorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidade de Registo</b>
Decisão relacional	Permite trabalhar em equipa	2	P3,P1
	Reduz o tempo de intervenção da equipa com o cliente	3	P6,P2,P3
	Participação do enfermeiro na abordagem multidisciplinar ao cliente	3	P14,P23,P4
Decisão técnico-científica	Executa actividades de forma científica e responsável	9	P8,P15,P13,P14,P16,P18,P20,P21,P23
	Decide adequadamente com a situação patológica	3	P2,P19,P22
	Mobiliza conhecimentos/experiências	2	P6,P17,
Decisão de informação	Responde às questões dos clientes	3	P1,P6,P13
	Satisfação das necessidades dos clientes através da informação	8	P4,P9,P11,P13,P16,P18,P24,P25
Decisão de planeamento de cuidados	Define objectivos para dar resposta às necessidades do cliente	8	P7,P9,P12,P14,P18,P19,P20,P26,
	Planeia cuidados de enfermagem	9	P5,P14,P16,P17,P21,P23,P24,P25,P26
	Seleccção de cuidados	3	P10,P11,P15
<b>Total de respostas</b>		<b>53</b>	

#### 4.3 – NIVEIS DE AUTONOMIA EM FUNÇÃO DE DIFERENTES ACTIVIDADES DE ENFERMAEM

Qual a avaliação que os enfermeiros fazem das diferentes actividades de enfermagem em função do seu nível de autonomia percebida?

Para dar resposta a esta questão procedemos a avaliação através da média e desvio padrão, que se encontra no (Quadro 7).

Analisando os indicadores com o nível de autonomia percebida e enquadrado na dimensão relação podemos verificar que o máximo de autonomia (nível 5) na escala aplicada foi para o indicador *proceder à educação para a saúde* com uma média (3,34) e desvio padrão (1,20).

Sabemos que a educação para a saúde é uma competência dos enfermeiros e que está regulamentada pelo (REPE), no artigo 5º, nº4, alínea c) caracteriza os cuidados de enfermagem como: “Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias” também exercício profissional dos enfermeiros nomeadamente no artigo 8º, nº2 e 3 fazem referencia à educação para a saúde como: “O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” e “ Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”

Neste sentido Deodato (2008) refere que o enfermeiro tem um papel: importante na promoção da saúde e na prevenção da doença, através do trabalho realizado na comunidade, a ausência desta intervenção na comunidade vai desvalorizar o seu papel nesta área.

O nível de autonomia 4 de acordo com a escala utilizada, tem a maior frequência de respostas com 4 indicador, nomeadamente: *agindo de acordo com o seu julgamento profissional, tendo em como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais e aceitando a responsabilidade por essas decisões, segue-se decidir de acordo com valores, expectativas, necessidades e crenças próprias* e com o mesmo valor os indicadores *Proceder à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade e Seguir uma metodologia científica de trabalho, nas etapas de identificação de necessidades e diagnóstico de enfermagem, hierarquização e planeamento, execução e avaliação.*

Para o indicador *agindo de acordo com o seu julgamento profissional, tendo em como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais e aceitando a responsabilidade por essas decisões*. Apresentámos uma média (3,76) e desvio padrão (0,92).

Para corroborar estes dados referimos Paul & Hoaslip (1995) ao salientar que a decisão é a consequência de um processo de avaliação das várias etapas, sendo necessário o quadro de referências e valores da pessoa do profissional e da Instituição, isto é, premissas básicas que orientam todos os processos de raciocínio e modelos de tomada de decisão.

Também o REPE refere que existem três dimensões da responsabilidade profissional de enfermagem: os fundamentos éticos e jurídicos, os deveres e os enunciados concretos de agir que os interpretam.

Relativamente ao indicador *decidir de acordo com valores, expectativas, necessidades e crenças próprias* em que apresentam uma média (3,84) e desvio padrão (3,84).

Neste sentido Deodato (2008) refere: “ *a decisão que antecede os actos praticados e é precedida de uma deliberação ponderada, seguindo Aristóteles, deverá alicerçar-se nos princípios científicos e nas normas técnicas, bem como nos valores e nos princípios orientadores da profissão*”.

Encontramos no REPE, as competências na prática segundo a ética:

- Exercer de acordo com o código deontológico,
- Reconhecer as suas crenças e valores;
- E a forma como estas podem influenciar a prestação de cuidados.

No indicador *proceder à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade*, os enfermeiros referiram de acordo com a escala aplicada, uma média (4,30) e desvio padrão (1,13).

Assim, estes enfermeiros consideram esta actividade de enfermagem autónoma, estando os mesmos de acordo com o REPE, o artigo 9º refere: *“Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”* reforçando esta ideia encontramos Benner et al (1999) quando refere que as enfermeiras quase por rotina se encontram na posição de serem o profissional de saúde mais qualificado e experiente para dar respostas a situações emergentes, quando o médico não está presente.

Podemos afirmar pelos resultados em relação ao indicador *proceder à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade* que os enfermeiros consideram que podemos tomar decisões, uma vez que têm autonomia.

No indicador *seguir uma metodologia científica de trabalho, nas etapas de identificação de necessidades e diagnóstico de enfermagem, hierarquização e planeamento, execução e avaliação* os enfermeiros também consideram uma actividade de enfermagem autónoma com uma média (3,69) e desvio padrão (1,09).

De acordo com vários autores, nomeadamente Nunes (2003) salientou: *“Hoje, o suporte científico, técnico e tecnológico dos cuidados é considerável. Os conceitos transformam-se e as teorias de Enfermagem desenvolveram-se”*.

Estes resultados poderão ainda ser sustentados no preâmbulo do Anexo do Decreto-lei 104/98, de 21 de Abril que regulamenta o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, está descrito que os enfermeiros constituem um *“corpo específico de conhecimentos e a afirmação da individualidade e autonomia da enfermagem na prestação de cuidados de saúde”*, decorrendo daqui que os enfermeiros têm de assumir a responsabilidade pelos cuidados prestados e reconhecer os limites que se impõem ao exercício desta liberdade.

Podemos concluir com a valorização do estatuto social e profissional dos enfermeiros, implica a que estes associem a sua actividade a uma postura de reflexividade crítica sobre a sua profissão, que constitui a primeira constituição da sua autonomia. Os enfermeiros souberam construir o seu percurso científico e académico, contribuindo assim para a afirmação de um grupo profissional, que durante muito tempo parecia condenado a uma situação de subalternidade.

Relativamente ao indicador apresentado como interdependente foi *utilizar protocolos, para classificação de riscos e prática clínica* com uma média (2,69) e desvio padrão (1,24).

Pensamos que os enfermeiros ao classificarem como interdependente neste indicador sentem-se sem poder de decisão perante uma actuação.

Encontrámos Buresh (2004) que vem confirmar o que acabamos de referir, ao salientar que sem um protocolo que facilita a clareza, fica nas mãos e ao livre arbitrio de cada enfermeiro actuar.

Corroborar a ideia dos enfermeiros temos o REPE, quando refere que as prescrições e as orientações sejam previamente formalizadas.

E de acordo com Deodato (2008:166) salienta que:

*“ É também neste contexto que encontramos critérios que estabelecem a prescrição escrita como requisito para as intervenções interdependentes e consideram a necessidade de protocolos, como instrumento de suporte ao trabalho em complementaridade”.*

Em síntese os protocolos são uma das bases em que o enfermeiro se apoia para decidir pelas intervenções, porque nestes está escrito qual o procedimento perante determinada situação, bem como a justificação das intervenções a concretizar.

**Quadro 7 – Escala numérica horizontal de caracterização de actividades de enfermagem /relacionadas com o paradigma interdependência/ autonomia**

	Interdependência						Autonomia						Min.	Max.	Méd.	DP
	0		1		2		3		4		5					
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%				
Proceder à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade.			3	11.53	3	11.53	6	23.0	10	38.46	4	15.38	1	5	3.34	1.20
Seguir uma metodologia científica de trabalho, nas etapas de identificação de necessidades e diagnóstico de enfermagem, hierarquização e planeamento, execução e avaliação.					6	23.0	3	11.53	10	38.46	7	26.92	2	5	3.69	1.09
Decidir de acordo com valores, expectativas, necessidades e crenças próprias.					2	7.69	5	19.23	14	53.84	5	19.23	2	5	3.84	0.81
Agindo de acordo com o seu julgamento profissional, tendo em como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais e aceitando a responsabilidade por essas decisões.			1	3.84	2	7.69	3	11.53	16	61.53	4	15.38	1	5	3.76	0.92
Proceder à educação para a saúde ao cliente.	1	3.84					4	15.38	5	19.23	16	61.53	0	5	4.30	1.13
<b>Utilizar protocolos, para classificação de riscos e prática clínica.</b>	4	15.38	1	3.84	8	30.76	4	15.38	4	15.38	5	19.23	0	5	2.69	1.24

#### 4.4 - MODELOS DE ORGANIZAÇÃO E INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO URGENTE/PERMANENTE

Qual o modelo de cuidados mais adoptado no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente e a razão da sua utilização?

Encontramos a resposta a esta questão de investigação nos (Quadros 8 e 9).

Segundo os dados que podemos observar no (Quadro 8), verificamos que a maioria com 57,69% referem que o mais utilizado é o modelo biomédico, seguindo-se o modelo holístico com 30,77% e por último o modelo biomédico e o holístico em simultâneo com 11,54%.

Embora actualmente se assuma o conceito holístico de saúde, os enfermeiros que fizeram parte do estudo, tal como outros trabalhos de investigação em enfermagem, responderam na sua maioria que o modelo biomédico é o mais utilizado na sua prática. O modelo biomédico de acordo Pearson (1992) valoriza os conhecimentos em ciências físicas e a execução das acções terapêuticas que levam ao diagnóstico ou à cura.

Para Colliérre (1989:125) o domínio da tecnologia, privilegia a tecnicidade, seguindo assim o modelo biomédico como: “ a doença que conduz a acção da enfermagem a dá um sentido às tarefas a realizar”. Isto reflecte-se fortemente ainda na enfermagem de hoje.

Assim em segundo lugar o modelo holístico na qual já se encontram a valorizar o cuidar, este modelo de acordo com Abreu (2001) surge como um imperativo imposto pela falência do tratar, valoriza a relação interpessoal, os valores, a cultura do utente e a promoção do auto – cuidado.

Neste sentido, a evolução nas ciências sociais permitiu a reflexão em torno da natureza do ser humano, considerando como um ser “uno, indivisível, numa totalidade psicofísica e biopsicológica, em que o biológico e o psicólogo é emergências da existência humana, a par de uma inserção sociocultural (Nunes, 2003:284).

**Quadro 8 – Modelo mais adoptado no serviço onde os enfermeiros desempenham funções**

<b>Modelo</b>	<b>N=26</b>	<b>%</b>
Biomédico/Holístico	3	11,54
Biomédico	15	57,69
Holístico	8	30,77
<b>Total de respostas</b>	26	100,00

Os enfermeiros que responderam o modelo biomédico, justificaram essencialmente que utilizaram este modelo uma vez que “depende das prescrições médicas” com 12 respostas, sendo o maior número de respostas. Podemos perceber esta justificação ao relacionarmos como (Bastos, 1998) in Silva (2006) quando refere que as enfermeiras encaravam o seu trabalho como:

*“Enfermeiras para quem os cuidados de enfermagem são uma série de tarefas, determinadas pela prescrição e trabalho médico. Consideram o trabalho terminado quando as tarefas estão cumpridas. Não discutem o que são cuidados de enfermagem e estão essencialmente preocupadas com as condições de trabalho”.*

Esta perspectiva assenta no modelo biomédico, que dá relevo ao diagnóstico correcto da doença, sendo o papel da enfermagem a execução exacta da prescrição médica, como este modelo se centra nos clientes como seres físicos, os cuidados de enfermagem concentra-se sobre as necessidades físicas do cliente.

Os cuidados organizados em volta das tarefas prescritas pelo médico vai implicar que seja a doença a conduzir a acção dos enfermeiros na prestação dos cuidados e a dar sentido às tarefas a realizar. Assim os cuidados aos clientes passam a ser a técnica e os cuidados técnicos, é a doença que os determina e os orienta (Colliérre, 1989).

Neste sentido para os autores Colliérre (1989), Pearson & Vaughan (1992) e Ribeiro (1995), a pessoa é cada vez mais isolada do seu contexto de vida, vendo-a ou reconhecendo-a pela patologia ou pelo órgão doente.

Os enfermeiros que responderam em simultâneo o modelo biomédico e holístico, justificaram que os “*cuidados ao cliente dependente do tempo disponível para o olhar como um todo*” com 2 respostas e a “*espera da prescrição médica*” com apenas 1 resposta.

De acordo com (Bastos, 1998) in Silva (2006) ainda refere que as:

*“Enfermeiras que se sentem descontentes com os cuidados que prestam e se esforçam por introduzir mudanças. Sabem explicar o que é o processo de enfermagem e nomear autores de modelos teóricos de enfermagem, considerando este conhecimento necessário para efeitos de promoção, mas utópico. A sua referência é o modelo biomédico, mas desejam encontrar formas de mostrar a importância do papel da enfermeira”.*

*“Enfermeiras que distinguem claramente as suas actividades profissionais independentes e as consideram criativas e científicas. Focam os cuidados no indivíduo e reconhecem os resultados da interacção enfermeira/doente e do processo de decisão”.*

Em relação ao modelo holístico, justificaram na sua maioria como “*cuidados prestados sob uma visão holístico*” com 16,66%. Reforçando esta ideia encontramos a definição referida por Paiva (2006:27) relativamente aos cuidados de enfermagem ao salientar que: “*Os cuidados de enfermagem implicam uma abordagem holístico da pessoa, que tem por finalidade identificar as necessidades de cuidados de enfermagem, a prescrição de intervenções e a monitorização de resultados*”.

### Quadro 9 – Justificação da escolha do modelo

<b>Modelo</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidade de Registo</b>
Biomédico/holístico	Espera pela prescrição médica	1	P12
	Cuidados ao cliente dependente do tempo disponível para o olhar como um todo	2	P2,P20
Biomédico	Depende das prescrições médicas	12	P1,P3,P5, P9,P13,P14,P15,P21, P22, P24,P25, P26
	Actuações interdependentes nas técnicas aplicadas	6	P5,P8,P10, P11,P12, P13
	O tempo de permanência do utente é curto	3	P5,P7,P8
	A resposta tem que ser rápida	2	P10,P11,
Holístico	Cuidados prestados sob uma visão holística	6	P4,P6,P11, P16,P17, P19
	Colheita de dados detalhada	2	P16,P18
	Não se limitam apenas a executar as técnicas	2	P17,P23
<b>Total de respostas</b>		36	

#### 4.5 - CONTEXTO DE TRABALHO NAS INTERVENÇÕES AUTONOMAS DE ENFERMAGEM

Como caracterizam os enfermeiros o seu serviço e como este influenciam as intervenções de enfermagem?

Para dar resposta a esta questão de investigação procedemos à análise de categorias que se encontra no (Quadro 10).

Caracterização das características dos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente onde os enfermeiros desempenham funções, têm 3 categorias, Instalações físicas, funcionalidade e relação interpessoal.

Analisando as categorias referidas pelos enfermeiros acima mencionadas, verificamos que a categoria com maior número de respostas (22) foi a “*relação interpessoal*” como ter maior influência nas intervenções autónomas de enfermagem, seguindo-se as “*instalações físicas*” com 11 respostas e por fim a “*funcionalidade*” do serviço com 10 respostas.

Na categoria “*relação interpessoal*” o indicador com maior número de respostas foi a “*boa dinâmica da equipa com respeito e interajuda*” com 10 respostas, podemos verificar que a colaboração entre as equipas comprovam-se quer seja o enfermeiro a iniciar ou a terminar uma tarefa em que a mesma poderá ter continuidade por outro técnico.

De acordo com esta observação Thompson & Dowding (2002), referem que muitos e diferentes profissionais podem contribuir para uma única decisão.

Deodato (2008) também aborda esta problemática e salienta que o trabalho em equipa, consubstancia a complementaridade funcional prevista no Código Deontológico. Na prestação de cuidados, solicita-se a complementaridade activa, mobilizando os diversos profissionais para conseguirem os melhores resultados possíveis.

De salientar ainda na categoria “*relação interpessoal*” aparece-nos 7 respostas para o “*conflito entre equipa médica/enfermagem*”.

Em relação ao *conflito entre equipa médica/enfermagem*, sabemos que numa perspectiva de contexto de trabalho, as condições do serviço e a colaboração entre as equipas são susceptíveis de influenciarem as decisões pelas intervenções.

Buresh (2004:86) colabora nos nossos dados ao salientar que muitas das enfermeiras não exprimem as suas opiniões ou falem sobre o seu trabalho pelo facto de poderem enfurecer os médicos. “*Por vezes, os médicos agem de forma bastante agressiva para silenciarem as enfermeiras*”. Tornar o trabalho de enfermagem visível, “*de um modo que distingue o papel da enfermagem do da medicina não é dizer mal dos médicos ou da sua profissão*”.

No que respeita à “*responsabilidade e limite de decisão*”, o indicador está de acordo com Deodato (2008:51), ao referir que o enfermeiro “ao tomar conhecimento de uma prescrição de cuidado, o enfermeiro inicia o seu processo de tomada de decisão que fundamentará a concretização da execução do cuidado prescrito ou a sua recusa”,

atendendo à correlação para a execução e tipo de responsabilidade “*teremos diferentes tipos de responsabilidade nas intervenções interdependentes e não apenas a responsabilidade técnica*”.

O mesmo autor acrescenta que também podemos considerar a responsabilidade profissional nos domínios, disciplinar, civil e criminal.

Neste sentido o (REPE) regulamenta a responsabilidade profissional do enfermeiro no plano deontológico é aferida em relação ao tipo de intervenção realizada, sendo estas intervenções autónomas e interdependentes.

Perante estes dados podemos inferir que a noção de responsabilidade poderá relacionar-se com uma das razões dadas pelos enfermeiros para a decisão das suas intervenções, a necessidade sentida de fazerem todos os possíveis para salvar a vida do cliente.

Na categoria “*instalações físicas*”, o indicador com mais respostas foi a “*falta de espaço físico e de privacidade*” com 5 respostas.

Neste sentido Peneff refere que “*os pacientes e não pacientes encontram-se comprimidos uns contra os outros ... o pessoal tem que se deslocar sob o olhar dos que esperam*”. Peneff (2002:59)

Observamos que por vezes por ser um ambiente agitado devido a alta rotatividade, grande busca de usuários, procedimentos técnicos e restrição da estrutura física, propiciam que os profissionais sejam abordados por familiares e acompanhantes alterados por seu problema (cliente) e carentes de informações, o que vem ao encontro de Silva (2006:26) ao referir que “o ambiente influencia e é influenciado pela pessoa, quer pelo seu funcionamento individual, quer pelo seu funcionamento grupal”.

No mesmo sentido Silva (2006:26), refere que o ambiente é “constituído por todos os elementos humanos, físicos, políticos económicos, culturais e organizacionais, que influenciam a forma como a pessoa vive e se desenvolve”. O ambiente influencia e é influenciado pela pessoa, quer pelo funcionamento indevido, quer pelo próprio grupo.

Por último mencionando a categoria “*funcionalidade*” vem em terceiro lugar com 10 respostas, sendo o indicador mais referenciado a “*ausência de protocolo*” com 4 respostas, podemos pensar que a enfermeira pode optar por não agir pela falta de protocolos que posteriormente possam servir de justificação para as suas decisões.

Sabendo que os protocolos são precisamente uma das bases em que a enfermeira se apoia para decidir quais as intervenções, neles estão descritos qual o procedimento perante determinada situação, bem como a justificação das intervenções a concretizar.

Segundo Neves (2004), refere que os protocolos são precisamente uma das bases em que o enfermeiro se apoia para decidir pelas intervenções, porque neste está descrito qual o procedimento perante determinada situação, bem como a justificação das intervenções a concretizar.

Reforçando esta ideia Benner (2001) salienta que as enfermeiras muitas vezes não atribuem o crédito das competências de que elas fazem prova em matéria de administração de protocolos terapêuticos.

Sabemos que para a enfermagem alcançar o objectivo que se propõe, é necessário que exista um trabalho em equipa. De acordo com Ciampone (2004), o trabalho em equipa envolvendo esforços de todos os profissionais em busca do alcance de um único objectivo: prestar assistência de qualidade, sobretudo, como salvar a vida dos indivíduos internados, além de respeitar a hierarquia, a divisão de funções entre os elementos da equipe e ter disposição para contribuir.

Podemos concluir que a sobrecarga de tarefas e a falta de recursos humanos requerem dos trabalhadores que as suas actividades sejam desenvolvidas num ritmo acelerado e intenso, inviabilizando a realização de muitas actividades, tornando impossível a realização de um trabalho de qualidade, podendo gerar o estresse físico ou mental.

Para além do mencionado, outro aspecto importante são as características do serviço quer físicas, quer funcionais ou de recursos humanos podem facilitar ou impedir a decisão de determinadas intervenções autónomas de enfermagem.

**Quadro 10 – Caracterização das características dos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente onde os enfermeiros desempenham funções**

<b>Categorias</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidade de Registo</b>
Instalações físicas	Falta de espaço físico e de privacidade	5	P2,P3,P4,P6,P23
	Boas instalações	4	P16,P17,P18,P25
	Numero de camas insuficientes	2	P6,P23
Funcionalidade	Instalações pouco funcionais	3	P7,P8,P20
	Ausência de protocolo	4	P1,P3,P4,P6
	Falta de organização do trabalho do enfermeiro	3	P2,P4,P5
Relação interpessoal	Boa dinâmica da equipa com respeito e Inter ajuda	10	P7,P8,P9,P12,P19,P21,P22,P24,P26,P25
	Responsabilidade e limite de decisão	5	P10,P11,P14,P24,P26
	Conflito entre equipa médica/enfermagem	7	P1,P3,P4,P5,P6,P13,P15
<b>Total</b>		43	

Para além da caracterização dos serviços de Atendimento Urgente/Permanente onde os enfermeiros desempenham funções também fomos saber as características que influenciam os cuidados de enfermagem, quadro nº 11, e as respostas mais significativas com 8 respostas cada são: “Influência negativa nos cuidados prestados”, “ Mais satisfação na execução de tarefas” e “Prestação de cuidados com qualidade”.

Os dados obtidos para a maioria encontram eco na literatura, de acordo com Adam (1994), a pessoa e as saúde devem ser o centro da atenção da enfermagem e dos cuidados prestados, bem como o ambiente que o rodeia.

O mesmo já não está de acordo com Ribeiro (1995), ao referir que com a melhoria dos cuidados de saúde e os avanços tecnológicos no campo da medicina e da farmacologia levaram a uma desvalorização dos factores ambientais, sociais e psico – sociais.

Na Região Autónoma dos Açores, os Centros de Saúde, só foram estabelecidos pelo Decreto Regulamentar Regional nº 32/80/A, de 11 de Dezembro, mas por apresentar claras disfunções, em 1986 é publicado o Decreto Regulamentar Regional, nº 3/86/A, de 24 de Janeiro. Nos termos do seu Artigo 1º define Centro de Saúde como uma unidade de saúde primária ou essência tendo como objectivo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença e a reabilitação, dirigindo a sua actividade ao indivíduo, à família e à comunidade e privilegiando a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes.

De acordo com o Decreto Regulamentar Regional, nº 3/86/A (artigo2º), os princípios de actuação do Centro de Saúde obedece a regras de gestão por objectivos, o que” implica o planeamento das actividades a desenvolver, a nível do seu âmbito de actuação, bem como a participação conjugada, o envolvimento e a responsabilidade de utentes e profissionais na preparação e execução de tais medidas”, visando a satisfação das necessidades do individuo, família e ás especificidades de cada comunidade, tendo por base os parâmetros da politica de saúde definida pelo Governo Regional

Neste sentido a Ordem dos Enfermeiros (2005:52) menciona que “A satisfação dos utentes/clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legitimo indicador da qualidade de cuidados prestados”.

**Quadro 11 – Descrição das características dos serviços que influenciam as intervenções de enfermagem**

<b>Indicadores</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidade de Registo</b>
A falta de privacidade	6	P2,P3,P4,P6,P15,P23
Influência negativa nos cuidados prestados	8	P1,P2,P3,P4,P5,P6,P20,P23
Facilita as intervenções de enfermagem	5	P13,P16,P17,P18,P24
Facilita a relação com outrem, aumentando a confiança	5	P8,P9,P19,P21,P22
Mais satisfação na execução de tarefas	8	P9,P10,P11,P14,P16,P21,P22P26
Prestação de cuidados com qualidade	8	P10,P12,P14,P17,P19,P24,P25,P26
<b>Total</b>	<b>40</b>	

Como principais evidências científicas do nosso estudo salientamos que a relação interpessoal tem uma maior influencia nas actividades autónomas da enfermagem.

A maioria dos enfermeiros consideram ter autonomia nas actividades de enfermagem, identificam a tomada de decisão, referem o máximo de uma autonomia no proceder à educação para a saúde e a interdependência para a utilização de protocolos.

## CONCLUSÃO

Ao longo do estudo abordamos a autonomia na enfermagem. De acordo com Kant in Nunes 2006, a autonomia é a competência da vontade humana em dar-se a si mesma a sua própria lei e que é nosso dever tentar atingir a autonomia moral, assim como respeitar a autonomia dos outros.

Talvez, se pensarmos um pouco, não seja difícil perceber que o modelo kantiano é ideal, que a autonomia está sempre numa relação complexa com aquilo que a ameaça e pode destruir, ou seja, a heteronomia, que é o seu antónimo.

Tivemos sempre presente ao longo do estudo a finalidade do mesmo, sendo esta compreender como os enfermeiros desenvolvem as funções autónomas no processo de tomada de decisão nos cuidados de enfermagem no Serviço de atendimento Urgente/Permanente.

A amostra deste grupo foi uma amostra acidental, de forma não probabilística, em que os elementos são escolhidos em razão da sua presença num local, num determinado momento.

Obtivemos dados significativos, nomeadamente a maioria dos Enfermeiros considera ter autonomia nas actividades de enfermagem e salientam que têm liberdade na tomada decisões, possibilidade de planear actividades baseada em conhecimento científico, agem em situação de urgência, a liberdade conferida é igual à responsabilidade exigida a nível da actuação de enfermagem e têm autonomia a nível das competências profissionais.

A maioria dos enfermeiros, identificam a tomada de decisão como um “processo dinâmico, flexível e contínuo”, o “planear a actividade para a resolução do problema de acordo com o próprio conhecimento” e “análise da informação e dos dados recolhidos perspectivando soluções em função do conhecimento prévio”. De acordo com o mencionado pelos enfermeiros podemos concluir que a tomada de decisão se identifica com a capacidade de decisão técnico – científica, a capacidade de gestão, a capacidade de promover uma relação e a gestão de informação.

Relativamente à importância da tomada de decisão, os enfermeiros questionados foram unânimes na sua resposta, todos são de opinião que a tomada de decisão é um importante elemento na qualidade de cuidados. No que concerne à subcategoria salientaram a decisão de planeamento de cuidados com a percentagem, a decisão técnico científico, a decisão relacional e a decisão de informação.

De acordo com os indicadores com o nível de autonomia percebida e enquadrado na dimensão relação podemos verificar que o máximo de autonomia foi para o indicador *proceder à educação para a saúde*, com uma média (3,34) e desvio padrão (1,20), como interdependente na escala aplicada mencionaram *utilizar protocolos, para classificação de riscos e prática clínica*, com uma média (2,69) e desvio padrão (1,24).

Os dados indicam que a maioria refere que o mais utilizado é o modelo biomédico, seguindo-se o modelo holístico e por último o modelo biomédico e o holístico em simultâneo.

Os enfermeiros mencionaram que a *relação interpessoal* tem uma maior influência nas intervenções autónomas de enfermagem, seguindo-se a *funcionalidade* do serviço e por fim as *instalações físicas*.

De acordo com os Enfermeiros que fizeram parte do estudo as características do serviço são muito importantes e influenciam positivamente ou de forma negativa as intervenções de enfermagem.

Os objectivos a que nos propusemos no início do nosso trabalho, foram todos atingidos como podemos verificar na apresentação dos resultados e na conclusão, nomeadamente:

Percebemos como é considerado a autonomia pelos enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente no desenvolvimento da sua actividade.

Identificamos o significado atribuído pelos enfermeiros do Serviço de Atendimento Urgente/Permanente no processo de decisão.

Compreendemos os motivos porque os enfermeiros consideram importante a tomada de decisão.

Avaliamos as diferentes actividades de enfermagem em função do paradigma interdependência/autonomia.

Conhecemos o modelo de cuidados mais adoptado no Serviço de Atendimento Urgente/Permanente e a sua justificação.

Caracterizamos algumas características dos Serviços de Atendimento Urgente/Permanente e sua influência nas intervenções de enfermagem.

A informação recolhida, que veio dar resposta aos nossos objectivos está de acordo com a nossa revisão bibliográfica, à excepção da relação entre o modelo de cuidados e a tomada de decisão, uma vez que os Enfermeiros da nossa amostra não identificaram qualquer relação significativa entre o modelo de cuidados e a tomada de decisão.

No entanto, o estudo resulta de algum trabalho pioneiro, essencialmente nos Açores, especificamente na Ilha de São Miguel, no que diz respeito à tomada de decisão e autonomia em enfermagem.

Podemos salientar alguns contributos deste estudo para o Serviço de Atendimento/Permanente na Ilha de São Miguel, uma vez que temos que ter atenção à cultura de cada região.

Assim, a nível pessoal pretendemos dar continuidade a este estudo a nível de mais 2 ilhas dos Açores, as de maior população (Terceira e Pico) e ter sempre presente estes resultados no nosso local de trabalho, uma vez que trabalhamos num serviço de atendimento/permanente.

Este estudo veio dar-nos maior segurança e maior rigor científico na relação com a equipa, a incentivar a escolha do método de trabalho e a autonomia nas decisões dos enfermeiros.

Este estudo oferece, em primeiro lugar, um contributo científico útil para dar a conhecer aos Conselhos de Administração dos centros de saúde dos quais os enfermeiros fizeram parte da amostra e pretendemos fazê-lo através da elaboração de um pequeno relatório onde constará as principais conclusões e enviar aos mesmos, bem como aos Núcleos de Formação e à Direcção Regional de Saúde como diagnóstico de situação das necessidades de formação para os Enfermeiros.

Pretendemos ainda divulgar as nossas conclusões através da publicação de um artigo  
E numa acção de formação no Centro de Saúde de Ponta Delgada.

Para além do que já mencionamos, gostaríamos de partilhar as nossas conclusões em  
Jornadas, ou Fórum, caso surja oportunidade.

Tivemos algumas dificuldades ao longo do nosso trabalho, nomeadamente:

- não haver outros estudos nesta área para podermos comparar as nossas conclusões;
- a não disponibilidade dos colegas para responderem ao questionário;
- a nossa inexperiência como investigadora.

Não queremos deixar de referir que este estudo foi muito gratificante, em virtude de para além da nossa própria aprendizagem, também ficamos a conhecer uma realidade mais pormenorizada e com dados reais. Gostaríamos de dar continuidade a este estudo mas com um estudo comparativo entre Açores e Continente, uma vez que temos consciência que iríamos encontrar diferenças na maneira de pensar dos Enfermeiros relativamente a este tema.

## BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. C. (2001) – *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa, Formasau / Educa.

Abreu, M. N. (2007). *Empendorismo em enfermagem: da autonomia à definição de projectos de sucesso*. Coimbra: Formasau.

Adam, E. (1994). *Ser Enfermeiro*. Lisboa: Instituto de Piaget.

Alfaro, R. (1996). *Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Alfaro, R. (1998). *Aplicación del proceso de enfermaria: guía prático*. Barcelona: Ed Doyma.

Alves, P. V. (2008). *Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho. O caso de um serviço hospitalar*. *Sísifo: Revista de Ciências da Educação*, 5, 19-32.

Alves, A. P. & Sousa, L. (2004). *Cuidar em enfermagem: caminhando rumo a uma identidade sócio profissional visível*. *Sinais Vitais*, 56, 27-29.

Amendoeira, J.(2000). *Cuidado de enfermagem: intenção ou acção: o que pensam os estudantes?* *Nursing: revista técnica de formação em enfermagem*, 146, 8-14.

Amendoeira, J. (2004). *Enfermagem em Portugal. Contextos, actores e saberes*. *Revista Sinais Vitais* 2, 13-22.

Amendoeira, J.(2006). *Enfermagem, disciplina do conhecimento*. *Revista Sinais Vitais*, 67,19 – 27.

Atkinson, L. D., (1989). *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Ballou, K. A. (1998). *A concept analysis of autonomy*. *Journal of Professional nursing*, 4(2), 102-110.

- Barrat, E. (2001). *Impacto da investigação em enfermagem*. Nursing, 4 (38), 41-43.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, M. L. (1998). *Da Intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Porto: Ed. Rei dos livros.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quartelo Ed.
- Brito, A. (2001). Política de Saúde: participação dos enfermeiros na vida política e exercício da cidadania. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 2, 42-43.
- Brito, R. (2004). *São Miguel a Ilha Verde (2ª ed.)*, Ponta Delgada, Coingra, Lda.
- Bork, A. M. (2003). *Enfermagem de excelência: da visão à acção*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Buresh, B., & Suzanne, G. e. (2004). *Do Silêncio à Voz*. Coimbra: Ariane.
- Carreiro, C. (1970). *Perfil histórico das de São Miguel e de Santa Maria*. Insulana, Órgão do Instituto Cultural de Ponta Delgada (XXIII – 1º e 2º).
- Carnevali, D. L. & Thomas, M. D. (1993). *Diagnostic in Nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Chiavenato, I. (2004). *Gestão de Pessoas*. Rio de Janeiro: Campus.
- Chiavenato, I. (1999). *Teoria Geral da Administração: abordagens descritivas e explicativas*. Rio de Janeiro: Campus.
- Chickering, A. & Reisser, L. (1993). *Education and identity*. San Francisco: jossey-bass.
- Ciapone, M. H. (1991). *administração em enfermagem: Tomada de decisão em Enfermagem*. São Paulo: EPU.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F. (1990). *Autonomia da profissão de enfermagem*. Boletim Sindical, 3-4, 43-50.

Collière, M.F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição – Investigação em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 21, 34 - 35.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, (1.0.Geneve), 210.

Creswell, J. O. (1994). *Research design: qualitative & quantitative approaches*. London: Houston Oaks: Sage.

Decreto-lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, Série-A. 5123, Capítulo I, Artigo 1, Artigo 2 e Artigo 3.

Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. I Série - A. 1739, Capítulo I, Artigo 1, Artigo 2 e Artigo 3.

Decreto Regulamentar Regional nº 3/86/A. J.O. I Série A 5 (1986-2-4) 43-48.

Decreto Regulamentar Regional nº 35/2002/A. J.O. I Série A 8 (2003-1-2) 40-47.

Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valorização da Sociedade*. Coimbra: Almedina.SA.

*Dicionário da Língua Portuguesa Contemporâneo (2001) Academia das ciências de Lisboa e Fundação Calouste Gulbenkian, editora verbo.*

Espada, P., Ferreira, Garcia, M., Mota, M. e Silva, S. (2006). *Autonomia em Enfermagem: Uma Questão Profissional, Política ou Pessoal?* Seminário do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem – Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

Ferreira, C.(1981). *Reflexão sobre a autonomia e a gestão das profissões da Saúde*. *Servir*, 29,114-120.

Ferreira, L. P. (1991). *Definir e medir a qualidade de saúde*. *Revista Crítica de Ciências* 33, 3-6.

Filipe, F.(2000). Construindo um projecto de vida: estudo exploratório da estrutura da vinculação e domínio das emoções, como um passo importante na adaptação do estudante ao ensino superior, em “Família e Sistemas Sociais”. Instituto Superior Miguel Torga – Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociências.

Fortin, M. F.(2000). *O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem*. Revista Investigação em Enfermagem, 1,61-68.

Gameiro M.G. H.(2003). *A enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação. Referência*, 10,5-15.

Goldin, J. R.(1997). Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia. Pagina actualizada em 14 de Março de 2004.

<http://www.ufrgs.br/bioética/autonomia.htm>.

Gomes, A. M. T. & Oliveira, D. C.(2004). Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. 12 de Agosto de 2009.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Gómez, G. R., Flores, J. G., e Jiménez, E. G. (1996). *Metodologia de la investigacion qualitativa*. Granada: Aljibe.

Gomes, A. M. & Oliveira D. C. (2005). *O auto e heteroimagem do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais*. Revista Latino Americana de Enfermagem, 13(6), 1001-1018.

Goodman, Benny (2004). *Legal competence: interprofessional collaboration and nurse autonomy*. British Association of critical care nurses, 9(6), 271-276

Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2000). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hill, M. M. & Hill, A.(2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Silabo.

Jesus, É. H. (2006). *Decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Jesus, É. H. (2005). Da Importância da Formação e dos Sistemas de Informação de Enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 19,46-50.

Jorge Abreu, R. M. (2002). *Gestão do tempo-Programa Nacional de Qualificação de Chefias intermédias*. Leça da Palmeira: Associação Empresarial de Portugal.

Kérouac, S. P. (1996). *El pensamiento enfermo*. Barcelona: Masson.

Kron, T. (1978). *Manual de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Interamericana.

Kurcgant, P.(1991). *Administração em Enfermagem*, São Paulo: Editora Pedagógica Universitária Lda.

Lopes, M. J. (2000). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral:alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Machado, N. (Janeiro de 2004). A evolução do exercício profissional de enfermagem de 1940 a 2000. *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem* . Porto.

Marquis, B. (2005). *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Marquis ,B. L. e Huston, C. J. (1999) - *Administração e Liderança em enfermagem: teoria e aplicação*. (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.

Martins, M. A. F.(1998). *Free then thou shall be nursing*. 20 de Março de 2009  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

Menezes, M.T. P.N. C. (2004). *Autonomia do enfermeiro: realidade ou utopia?* *Pensar Enfermagem*, 8,38-41.

Menezes, A. (1995) – Estudo da história dos Açores. Ponta Delgada: *Jornal da Cultura*, II, 328.

Mezomo, J. C. (1992) *Qualidade Hospitalar; Reinventando e Administração do Hospital*. São Paulo: Ed. Manolo Ltd.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil: Ed. Manolo Ltd.

Minayo, M. C. S. (1992) - *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*: São Paulo: HUCITEC.

Moreira, A. M. (2000). " *Gabinete de utente -um contributo para a melhoria da qualidade de cuidados*" Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado. Porto.

Neves, M. A. (2002). *A tomada de decisão em enfermagem*. *Pensar enfermagem*, 6 (2), 25-34.

Neves, M. e Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da Enfermagem*. Palheira Assafarge: Editora Gráfica de Coimbra 2. 10 de Maio de 2009

<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinform>.

Neves, M. A. (2005). *Intervenções de enfermagem: razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras*. *Pensar Enfermagem*, 9(2), 2-13.

Nunes, L. (2002). *Falemos de autonomia*. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 268,4-5.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.

Nunes, L., Amaral, M. e Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*: Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, L. (2006). *Perspectiva ética da gestão do risco: caminhos para cuidados seguros*. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 53-58.

Nunes, F. (2007). Tomada de Decisão de enfermagem em Emergência. Nursing, 219. 20 de Janeiro de 2009.

[http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=2802](http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2802)

Nogueira, M. (1996). *História da Enfermagem*. (2ªed). Porto: Edições Salesianas.

Ordem, E. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos:Ordem dos enfermeiros*.

Ordem, E. (2004). *Do Caminho Percorrido e das Propostas, (análise do primeiro mandato - 1999/2003)*. Lisboa: Grafinter.

Pearson, A. & Vaughan, B (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS

Penefe, J. (2002). *O Hospital na Urgência*. Coimbra: Edição Formasau.

Penefe, J. (2003). *Doentes na Urgência*. Coimbra: Edição Formasau.

Pinheiro, M. R. (1994) - O domínio das Emoções e o Desenvolvimento da Autonomia. Contributos para o estudo do desenvolvimento Psicossocial do Estudante Universitário. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra

Pollit, D. F. (1995). *Investigation científica en ciencias de la salud*. McGrwahill: Edição Madrid.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1994). *Investigacion científica en ciencias de la salud*. (4ªed). Madrid: McGraw-Hill.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*.5ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ponce, P. e. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa-Porto: Lidel-edições técnicas, Lda.

PORTUGAL. Ministérios da Educação e da Saúde- *Portaria nº 821/89*, de 15 de Setembro(1989): fixa a rede de escolas superiores de enfermagem pela reconversão das escolas de enfermagem existentes. 4125 - 4126

Preto, L. R. (2003). *Desenvolvimento da Autonomia como Factor de Adaptação ao Ensino Superior*. Revista Referencia, 10,63-70.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa. Gadiva.

Ribeiro, A. L. A. (2005). *O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem*. Ordem de enfermagem, 16, 53-60.

Ribeiro, A. F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. Lisboa: Educa/Sindicato dos Enfermeiros Portugueses sociais. Lisboa: Gadiva.

Sá-Chaves. (1997). *Percurso de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.

Santos, C. (2008). *Atendimento Permanente no British Hospital Lisbon XXI*. 12 de Janeiro de 2009.

[http://bh.gpsaude.pt/gpsBH/Menu/Institucional/Comunicados/servi%C3%](http://bh.gpsaude.pt/gpsBH/Menu/Institucional/Comunicados/servi%C3%92)

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência - Da teoria à Prática*. Loures: Lusociência.

Silva, A. A.P. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem*. Porto: Formasau.

Smith, F. (1990). *Pensar*. Lisboa: Instituto Piaget.

Soares, M. I. (1992). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: educa.

Sousa, M. A. (1995). *A enfermagem nos últimos 20 anos*. Enfermagem em foco, V, 7-9.

Soares, H. (1998). *A importância da autonomia*. 18 de Fevereiro de 2009.

<http://www.angelfire.com/sk/holgonsi/index.autonomia3.html>

Streubert, H. J. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.

Teresa, M. (1991). *Tipos de investigación en enfermería*. Rol de Enfermería, 151, 15-19.

Thompson, I.; M., Kath, M. & BOYD, Kenneth, M.(2004). *Ética em enfermagem*.  
Loures: Lusociência.

Thompson, C. e Dowding, D.(2002). *Clinical Decision Making and Judgment in Nursing*.  
London: Churchill Livingstone.

Vala, J. (1992) – Sobre as Representações Sociais – Para uma Epistemologia do Senso  
Comum. Cadernos de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa,XXXII (140)p.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*.  
Loures: Lusociência.

## **ANEXOS**

ANEXO I – Pedidos de Autorização aos Centros de Saúde da ilha de São Miguel

Zélia de Fátima Lima Martins, Enfermeira Chefe, do quadro de pessoal do Centro de Saúde de Ponta Delgada, mestranda do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem 2007-2009, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação da Prof. Doutor Manuel Rodrigues, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço de atendimento permanente do Centro de Saúde da Ribeira Grande, a fim de colher informação para o estudo de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado, com o título: ***Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.***

Os objectivos delineados para o presente estudo são:

Objectivo Geral

- Compreender os processos, os recursos e os resultados na dinâmica da tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.

Objectivos Específicos

- Identificar cuidados de enfermagem que implicam tomada de decisão (autónomas ou interdependentes), no processo de cuidados.

- Descrever as fases do processo de cuidados em que a tomada de decisão se verifica.

- Identificar as dificuldades e oportunidades de tomada de decisão ao longo das diferentes fases do processo de cuidados.

- Analisar os ganhos em saúde que derivam da tomada de decisão dos enfermeiros no processo de cuidados.

Este estudo tem como finalidade contribuir com conhecimentos para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente/família nos Serviços de Atendimento Permanente e promover as funções autónomas do enfermeiro na tomada de decisão no seu exercício profissional

Para a elaboração do presente trabalho há necessidade de colher dados junto dos enfermeiros do Serviço de Atendimento Permanente/Urgente, prevendo-se que esta seja realizada nos meses de Agosto/Setembro, assegurando-se, desde já, o compromisso de assegurar o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos, aguarda deferimento,

Ponta Delgada, 12 de Junho de 2008

A requerente

---

Zélia de Fátima Lima Martins, Enf.<sup>a</sup> Chefe

Ex.<sup>mo</sup> Conselho de Administração  
do Centro de Saúde da Povoação

Zélia de Fátima Lima Martins, Enfermeira Chefe, do quadro de pessoal do Centro de Saúde de Ponta Delgada, mestranda do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem 2007-2009, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação da Prof. Doutor Manuel Rodrigues, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço de atendimento permanente do Centro de Saúde da Povoação a fim de colher informação para o estudo de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado, com o título: ***Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.***

Os objectivos delineados para o presente estudo são:

Objectivo Geral

- Compreender os processos, os recursos e os resultados na dinâmica da tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.

Objectivos Específicos

- Identificar cuidados de enfermagem que implicam tomada de decisão (autónomas ou interdependentes), no processo de cuidados.

- Descrever as fases do processo de cuidados em que a tomada de decisão se verifica.

- Identificar as dificuldades e oportunidades de tomada de decisão ao longo das diferentes fases do processo de cuidados.

- Analisar os ganhos em saúde que derivam da tomada de decisão dos enfermeiros no processo de cuidados.

Este estudo tem como finalidade contribuir com conhecimentos para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente/família nos Serviços de Atendimento Permanente/ Urgente e promover as funções autónomas do enfermeiro na tomada de decisão no seu exercício profissional

Para a elaboração do presente trabalho há necessidade de colher dados junto dos enfermeiros do serviço de atendimento Permanente, prevendo-se que esta seja realizada nos meses de Agosto/Setembro, assegurando-se, desde já, o compromisso de assegurar o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos, aguarda deferimento,

Ponta Delgada, 12 de Junho de 2008

A requerente

---

Zélia de Fátima Lima Martins, Enf.<sup>a</sup> Chefe

Ex.<sup>mo</sup> Conselho de Administração do  
Centro de Saúde de Ponta Delgada

Zélia de Fátima Lima Martins, Enfermeira Chefe, do quadro de pessoal deste centro de saúde, mestranda do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem 2007-2009, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação da Prof. Doutor Manuel Rodrigues, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço de atendimento urgente deste centro de saúde a fim de colher informação para o estudo de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado, com o título: ***Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.***

Os objectivos delineados para o presente estudo são:

Objectivo Geral

- Compreender os processos, os recursos e os resultados na dinâmica da tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.

Objectivos Específicos

- Identificar cuidados de enfermagem que implicam tomada de decisão (autónomas ou interdependentes), no processo de cuidados.

- Descrever as fases do processo de cuidados em que a tomada de decisão se verifica.

- Identificar as dificuldades e oportunidades de tomada de decisão ao longo das diferentes fases do processo de cuidados.

- Analisar os ganhos em saúde que derivam da tomada de decisão dos enfermeiros no processo de cuidados.

Este estudo tem como finalidade contribuir com conhecimentos para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente/família nos Serviços de Atendimento Urgente e promover as funções autónomas do enfermeiro na tomada de decisão no seu exercício profissional

Para a elaboração do presente trabalho há necessidade de colher dados junto dos enfermeiros do serviço de atendimento urgente, prevendo-se que esta seja realizada nos meses de Agosto/Setembro, assegurando-se, desde já, o compromisso de assegurar o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos, aguarda deferimento,

Ponta Delgada, 5 de Junho de 2008

A requerente

---

Zélia de Fátima Lima Martins, Enf.<sup>a</sup> Chefe

Ex.<sup>mo</sup> Conselho de Administração do  
Centro de Saúde de Nordeste

Zélia de Fátima Lima Martins, Enfermeira Chefe, do quadro de pessoal do Centro de Saúde de Ponta Delgada, mestranda do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem 2007-2009, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação da Prof. Doutor Manuel Rodrigues, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço de atendimento permanente do Centro de Saúde de Nordeste, a fim de colher informação para o estudo de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado, com o título: ***Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.***

Os objectivos delineados para o presente estudo são:

Objectivo Geral

- Compreender os processos, os recursos e os resultados na dinâmica da tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.

Objectivos Específicos

- Identificar cuidados de enfermagem que implicam tomada de decisão (autónomas ou interdependentes), no processo de cuidados.

- Descrever as fases do processo de cuidados em que a tomada de decisão se verifica.

- Identificar as dificuldades e oportunidades de tomada de decisão ao longo das diferentes fases do processo de cuidados.

- Analisar os ganhos em saúde que derivam da tomada de decisão dos enfermeiros no processo de cuidados.

Este estudo tem como finalidade contribuir com conhecimentos para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente/família nos Serviços de Atendimento Permanente e promover as funções autónomas do enfermeiro na tomada de decisão no seu exercício profissional

Para a elaboração do presente trabalho há necessidade de colher dados junto dos enfermeiros do Serviço de Atendimento Permanente/Urgente, prevendo-se que esta seja realizada nos meses de Agosto/Setembro, assegurando-se, desde já, o compromisso de assegurar o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos, aguarda deferimento,

Ponta Delgada, 12 de Junho de 2008

A requerente

---

Zélia de Fátima Lima Martins, Enf.<sup>a</sup> Chefe

Ex.<sup>mo</sup> Conselho de Administração do  
Centro de Saúde de Vila Franca

Zélia de Fátima Lima Martins, Enfermeira Chefe, do quadro de pessoal do Centro de Saúde de Ponta Delgada, mestranda do XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem 2007-2009, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação da Prof. Doutor Manuel Rodrigues, vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de um questionário aos enfermeiros do Serviço de Atendimento Permanente do Centro de Saúde de Vila Franca, a fim de colher informação para o estudo de investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado, com o título: ***Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.***

Os objectivos delineados para o presente estudo são:

Objectivo Geral

- Compreender os processos, os recursos e os resultados na dinâmica da tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente.

Objectivos Específicos

- Identificar cuidados de enfermagem que implicam tomada de decisão (autónomas ou interdependentes), no processo de cuidados.

- Descrever as fases do processo de cuidados em que a tomada de decisão se verifica.

- Identificar as dificuldades e oportunidades de tomada de decisão ao longo das diferentes fases do processo de cuidados.

- Analisar os ganhos em saúde que derivam da tomada de decisão dos enfermeiros no processo de cuidados.

Este estudo tem como finalidade contribuir com conhecimentos para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente/família nos Serviços de Atendimento Permanente e promover as funções autónomas do enfermeiro na tomada de decisão no seu exercício profissional

Para a elaboração do presente trabalho há necessidade de colher dados junto dos enfermeiros do serviço de atendimento Permanente/Urgente, prevendo-se que esta seja realizada nos meses de Agosto/Setembro, assegurando-se, desde já, o compromisso de assegurar o normal funcionamento do serviço.

Com os melhores cumprimentos, aguarda deferimento,

Ponta Delgada, 12 de Junho de 2008

A requerente

---

Zélia de Fátima Lima Martins, Enf.<sup>a</sup> Chefe

ANEXO II – Questionário

O presente questionário faz parte de um estudo que pretende compreender os processos, os recursos e os resultados na dinâmica da tomada de decisão dos enfermeiros nos Serviços de Atendimento Urgentes/Permanentes.

Este estudo é elaborado pela mestranda Zélia Martins, inserida no XIV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, ministrado pelo Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

A sua colaboração é indispensável, as informações do questionário são anónimas e confidenciais, às quais solicito que responda as questões com maior sinceridade possível. Muito obrigada pela sua colaboração.

## QUESTIONÁRIO

1- Sexo:

Masculino  Feminino

2-Idade \_\_\_\_\_ Anos

3- Estado Civil

Solteiro.....  
Casado.....  
Divorciado.....  
Viúvo.....


Outro \_\_\_\_\_

4- Habilitações Literárias:

\_\_\_\_\_

5- Categoria Profissional:

\_\_\_\_\_

6 - Tempo de Serviço:

\_\_\_\_\_

7 – Centro de Saúde onde prestam serviço: \_\_\_\_\_

8- Na sua actividade profissional considera que tem autonomia (coloque X na opção correspondente)?

Sim  Não

Porquê

---

9-O que é para si a tomada de decisão em enfermagem?

*Escolha as afirmações com que mais se identifica*

Processo dinâmico, flexível e contínuo.....

Decisões onde os conhecimentos técnico-científicos só por si são insuficientes..

Boa escolha, com a informação que tem disponível.....

Planear a actividade para a resolução do problema de acordo com o próprio conhecimento.....

Análise da informação e dos dados recolhidos perspectivando soluções em função do conhecimento prévio.....

Contínua acumulação de informação usando diferentes métodos e observação de dados importantes.....

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

10- A tomada de decisão é um importante elemento na qualidade dos cuidados?

Sim

Não

Porquê?

---

11- Na sua actividade profissional considere as seguintes actividades de enfermagem e avalie se as executa mais no paradigma da autonomia ou da interdependência.

Considere a seguinte escala e escolha o ponto que mais se ajusta:

11.1 Proceder à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade.

Interdependência

Autonomia

0.....1.....2.....3.....4.....5

11.2- Seguir uma metodologia científica de trabalho, nas etapas de identificação de necessidades e diagnóstico de enfermagem, hierarquização e planeamento, execução e avaliação.

Interdependência

Autonomia

0.....1.....2.....3.....4.....5

11.3- Decidir de acordo com valores, expectativas, necessidades e crenças próprias.

Interdependência

Autonomia

0.....1.....2.....3.....4.....5

11.4- Agindo de acordo com o seu julgamento profissional, tendo em como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais e aceitando a responsabilidade por essas decisões.

Interdependência

Autonomia

0.....1.....2.....3.....4.....5

11.5- Proceder à educação para a saúde ao cliente.

Interdependência

Autonomia

0.....1.....2.....3.....4.....5

11.6- Utilizar protocolos, para classificação de riscos e prática clínica.

Interdependência

Autonomia

0.....1.....2.....3.....4.....5

12- Para si qual o Modelo mais utilizado no serviço onde desempenha funções?

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13- Como caracteriza o seu serviço?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14-De que maneira as características do serviço influenciam as intervenções de enfermagem?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_