

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NA  
ÁREA DE SAÚDE: ENFERMAGEM- CEFPEPE**

**HABILIDADES PARA TOMADA DE DECISÃO NA ENFERMAGEM –  
Revisão Integrativa**

Flávia de Oliveira

**Belo Horizonte  
2012**

**Flávia de Oliveira**

**HABILIDADES PARA TOMADA DE DECISÃO NA ENFERMAGEM –  
Revisão Integrativa**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem - CEFPEPE, da Universidade Federal de Minas Gerais, Polo Campos Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daclé Vilma Carvalho

**Belo Horizonte  
2012**

Oliveira, Flávia de.  
O48p      Habilidades para tomada de decisão na enfermagem [manuscrito]:  
revisão integrativa. / Flávia de Oliveira. – Belo Horizonte: 2012.  
54f.

Orientadora: Daclé Vilma Carvalho.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (CEFPEPE) da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Especialista.

1. Enfermagem. 2. Tomada de Decisão. 3. Dissertações Acadêmicas. I. Carvalho, Daclé Vilma. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

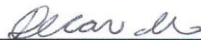
NLM: WI 100.4

**Flávia de Oliveira**

**HABILIDADES PARA TOMADA DE DECISÃO NA ENFERMAGEM  
– Revisão Integrativa**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem – CEFPEPE, da Universidade Federal de Minas Gerais. como requisito parcial à obtenção do título de Especialista. Polo: Campos Gerais

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daclé Vilma Carvalho (orientadora)



---

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta

Data de aprovação 03 / 03 /12

**BELO HORIZONTE  
2012**

*Aos profissionais enfermeiros,  
que esse estudo possa contribuir de  
alguma forma no direcionamento da  
nossa formação profissional.*

## **AGRADEÇO ...**

*A DEUS,*

Por possibilitar o término de mais uma etapa da minha formação profissional.

*A MEUS PAIS E MINHA AVÓ ANTÔNIA,*

Sem vocês nada disso seria possível...

*A ORIENTADORA PROF<sup>A</sup> DR<sup>A</sup> DACLÉ VILMA CARVALHO,*

Pelos valorosos conhecimentos em minha formação profissional e pessoal.

Minha gratidão e respeito.

*AO TUTOR JOÃO HENRIQUE DE MORAIS RIBEIRO,*

Sobretudo pela amizade...

*E a todos aqueles que participaram, de alguma  
forma, na elaboração desse trabalho,  
Muito Obrigada!*

*Gratidão é o amor contemplando o passado...*

*(Moacir Bastos)*

*“O principal objetivo da educação é criar  
pessoas capazes de fazer coisas novas,  
e não simplesmente repetir o que as outras  
gerações fizeram”*

*Jean Piaget*

## RESUMO

Uma das competências que o enfermeiro deve desenvolver é a tomada de decisão. Na prática profissional, o enfermeiro toma decisões nas mais diversas situações de prestação de cuidados aos clientes e de gerenciamento da assistência. Para que se possa alcançar a competência de tomada de decisão, o enfermeiro deve desenvolver habilidades. Esse estudo teve como objetivo identificar quais são as habilidades que devem ser desenvolvidas para tomada de decisões na enfermagem. Trata-se de um estudo de revisão integrativa conduzido pelas etapas apresentadas por Ganong (1987). Utilizou-se duas bases de dados: Lilacs e Scielo; e os descritores: “Tomada de decisões” and “Competência Clínica or Habilidade” and “enfermagem”. Foram encontrados 15 artigos, e após a leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados sete artigos para o estudo. Foi aplicado um instrumento para coleta dos dados e realizado análise descritiva. Foram identificadas várias habilidades para a tomada de decisão, as mais constantes foram: raciocínio clínico (modelo hipotético-dedutivo), medicina baseada em evidências, treinamento dos processos cognitivos, comunicação, liderança e autonomia. Foi possível identificar uma escassez de publicações que abordam o tema em estudo e que se trata de algo relativamente novo que exige muitos estudos.

Descritores: tomada de decisões, competência clínica, habilidade, enfermagem



## **ABSTRACT**

One of the skills that nurses must develop is the decision-making. In practice, the nurse makes decisions in different situations of care and customer care management. In order to achieve competence in decision making, nurses must develop cognitive skills, techniques, emotional and social. This study aimed to identify what skills should be developed for decision making in nursing. It is an integrative review study conducted by the steps made by Ganong (1987). We used two database: Lilacs and Scielo, and the descriptors: "Decision making" and "Clinical Competence or Skill" and "nursing". Found 15 items, and after reading and applying the inclusion and exclusion criteria, seven articles were selected for the study. We applied a tool for data collection and descriptive analysis performed. We identified several skills for decision making, the most constant were: clinical reasoning (hypothetico-deductive model), evidence-based medicine, training of cognitive processes, communication, leadership and autonomy. It was possible to identify a scarcity of publications on the topic and that it is a relatively new problem that still requires much study

Key Works: Decision Making, Clinical Competence, Aptitude, nursing

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO / METODOLÓGICO .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.12</b>
3.1 Referencial Teórico .....	12
3.2 Referencial Metodológico .....	29
<b>4 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....</b>	<b>33</b>
4.1 Tipo de Estudo.....	33
4.2 Questão norteadora .....	33
4.3 Estratégia de busca .....	33
4.4 População e amostra .....	34
4.5 Variáveis do estudo .....	34
4.6 Instrumento para coleta de dados .....	34
4.7 Coleta de dados.....	35
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>36</b>
5.1 Caracterização da produção científica.....	36
5.2 Habilidades para tomada de decisão.....	43
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados .....</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) apresenta às escolas as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas para nortear a elaboração dos projetos políticos pedagógicos. Observamos em nosso cotidiano que a prática crítica-reflexiva tem merecido muitas discussões. É necessário atender a LDB – lei nº 9394/96, que entre as finalidades da educação superior, destaca a necessidade de estimular a formação de profissionais com espírito científico e pensamento reflexivo.

A LDB propõe a importância de formar profissionais críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, aptos a "aprender a aprender", a assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país.

As políticas de educação, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais, visam direcionar as instituições de ensino superior para a formação das seguintes competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente (BRASIL, 1996).

Visto a relevância de tais competências, destaca-se que a tomada de decisão é um tema fundamental na prática da enfermagem e na educação, pois é uma atividade que permeia todas as áreas da enfermagem.

Decidir, ou tomar decisões, pode ser definido como a escolha de uma alternativa, dentre várias, com o objetivo de obter uma meta determinada para o alcance da eficiência e efetividade do serviço. Esta escolha deve ser realizada com racionalidade, competência e consciência para que se escolha a alternativa capaz de atingir o objetivo que se espera, ou que se aproxime dele.

Dessa forma, a tomada de decisão é uma competência que necessita de reflexão por parte do enfermeiro e fundamentação teórica, bem como a sistematização e análise das condutas a serem tomadas. Na enfermagem o termo competências refere-se à capacidade de conhecer e agir sobre determinadas situações, envolve habilidades para desenvolver ações de planejamento, implementação e avaliação, necessitando de experiência para "o fazer" com qualidade (VALE; GUEDES, 2004).

Para que se possa alcançar a competência de tomada de decisão, o enfermeiro deve desenvolver habilidades cognitivas, técnicas, afetivas e sociais. Diante disso, vem-nos a mente a pergunta:

Quais são as habilidades que são necessárias serem desenvolvidas para a tomada de decisão na enfermagem?

Parte-se do princípio que, para atender a LDB, durante a formação de recursos humanos, é necessário conhecer quais são essas habilidades para que se possa traçar estratégias educacionais que possibilitem o desenvolvimento das mesmas.

## **2 OBJETIVO**

Identificar quais habilidades devem ser desenvolvidas para tomada de decisão na enfermagem.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO/METODOLÓGICO

#### 3.1 Referencial teórico

##### Tomada de Decisão

A tomada de decisão, apesar de ser um termo relativamente novo, vem sendo o foco de atenção de diversas áreas de conhecimento, tais como administração, informática, economia.

As pessoas, a todo momento, têm que decidir entre as mais diversas situações e problemas, utilizando para isso as suas experiências passadas, seus valores e crenças, seus conhecimentos técnicos, suas habilidades e filosofias, as quais norteiam suas decisões (SOLINO; AOUAR, 2001).

A decisão pode ser compreendida como o resultado da seleção de uma alternativa para uma determinada ação, abandonando outras (SIMON, 1955).

Harrison (2000) acredita que a decisão é o resultado de um processo para definir uma determinada ação que seja a mais provável com a finalidade de alcançar um objetivo almejado.

Em relação as decisões referentes a uma empresa, por exemplo um hospital ou Home Care, as decisões podem, segundo Ansoff(1990), ser divididas em várias categorias:

- decisões operacionais: são aquelas que absorvem a maior parte da energia e da atenção da empresa. Tem como objetivo a maximização da rentabilidade a partir do aumento da eficiência. Envolvem decisões quanto a gastos para o apoio a atividades de pesquisa, desenvolvimento, marketing e operações.
- decisões estratégicas: estão relacionadas a relação entre a empresa e seu ambiente, determinam os objetivos e metas, se deve haver diversificação e em quais áreas, e como a empresa deve desenvolver e explorar sua posição atual relativamente a produtos e mercados.
- decisões administrativas: dizem respeito a estruturação de recursos da empresa para criar possibilidades de execução com os melhores resultados possíveis de desempenho. Desse modo, uma parte do problema administrativo refere-se à organização: estruturação de relações de

autoridade e responsabilidade, fluxos de trabalho, de informação, e outra parte à aquisição e ao desenvolvimento de recursos: treinamento e desenvolvimento de pessoal, financiamento e aquisição de instalações e equipamentos.

Essas três categorias são interdependentes e complementares, tendo em vista que as decisões em nível estratégico necessitam de um aparato operacional para se concretizar, e que essas decisões operacionais requerem uma estrutura administrativa que viabilize sua execução. Dessa forma o grande desafio enfrentado pelos “tomadores de decisões” reside nesse equilíbrio entre essas três categorias de decisão (SOLINO, AOUAR; 2001).

Assim, a tomada decisão não é um ato simples mas sim, um sistema complexo de relações no qual existem elementos de natureza objetiva, próprios de ações, e elementos de natureza claramente subjetiva, próprio do sistema de valores dos atores, portanto trata-se de um processo.

A objetividade é relevante num processo decisório, porém não se deve esquecer que a tomada de decisão é uma atividade desempenhada por pessoas, portanto, a subjetividade estará sempre presente, ainda que o modelo não apresente clara ou explicitamente (THOMAZ, 2000).

A tomada de decisão é uma atividade que interpreta uma ação como uma escolha racional. Nesse caso, racional pode ser entendido como equivalente a “inteligente” ou “bem sucedido”, o que descreve que as ações foram bem sucedidas. A racionalidade refere-se a um particular e muito familiar conjunto de procedimentos para se fazer escolhas. Dessa forma, as teorias de escolha racional assumem os processos de decisão como baseados nas consequências das ações ou na preferência dos decisores (MARCH, 1994).

O mesmo autor considera que um procedimento racional das ações é aquele que segue uma lógica da consequência, fazendo a escolha depender da resposta a quatro questões básicas:

- questões das alternativas: Que ações são possíveis?
- questões das expectativas: Quais as consequências futuras de cada alternativa?
- questões de preferências: Qual o valor (para o decisor) das consequências associadas a cada alternativa?

- questão da regra de decisão: Como será feita a escolha entre as alternativas em termos de valor (importância) das suas consequências?

Devido ao fato da tomada de decisão ser uma escolha racional, March (1997) afirma que existem quatro elementos:

1. Conhecimento das alternativas;
2. Conhecimento dos resultados de cada alternativa;
3. Consistência dos valores subjetivos das consequências associadas a cada alternativa;
4. Estabelecimento de uma regra para a escolha com base nas consequências desejadas.

Segundo Simon (1960), a decisão é um processo de análise e escolha entre várias alternativas disponíveis no curso de ação que a pessoa deverá seguir. Ele determinou três fases que concernem a tomada de decisão, sendo elas:

1. Coleta de informações – análise do ambiente com o objetivo de identificar as situações que exigem decisão;
2. Estruturação – atividade de criar, desenvolver e analisar os possíveis cursos de ação;
3. Escolha – seleção de uma linha determinada de ação entre as disponíveis.

Desta feita, dois pontos merecem destaque:

- sequencialidade das fases: a fase de coleta de informações precede a fase de estruturação e esta a de escolha;
- repetição das fases: caso contrário, fases já completadas podem ser conduzidas novamente (*feedback*).

Mintzberg *et al* (1976) refere ao processo decisório como uma série de ações e fatores dinâmicos que se iniciam com a identificação do estímulo da ação e termina com o compromisso específico da ação. Semelhante a Simon (1960), esse autor estabelece três fases, sendo elas:

1. Identificação – reconhecimento da necessidade de tomada de decisão e desenvolvimento e compreensão das questões implícitas na decisão;
2. Desenvolvimento – busca de uma ou mais soluções;
3. Seleção – escolha de uma solução para um compromisso com a ação.



Algumas decisões, em nosso dia a dia, requerem reflexões e uma análise detalhada, enquanto outras não. Esta variedade de complexidade pode também estar presente no nosso ambiente de trabalho, no nosso caso, a enfermagem. Decidir a respeito da melhor assistência de enfermagem que deve ser oferecida ao cliente ou sobre uma advertência que deve ser realizada a um técnico de enfermagem, é uma tarefa importante que necessita ser analisada formalmente.

De acordo Kleindorfer *et al* (1993) no processo decisório existem os seguintes componentes:

- 1) *contexto ou situação problema*: o processo decisório sofre uma grande influência do ambiente externo, seja do ponto de vista social, político ou econômico, através de regulamentações, seja do científico e tecnológico, através de tendências. Além disso existe o ambiente interno que interfere no processo de tomada de decisão, através de estratégias, políticas, diretrizes e normas adotadas pela organização. Nesse estágio é importante determinar quem poderia ser afetado e quem tem poder, que informação está disponível ao decisor e levar em conta os valores e crenças evocados pela contexto do problema.
- 2) *encontrando o problema*: os problemas vão-se aproximando sutilmente de nós, emitindo sinais de que algo precisa ser realizado. Esses sinais manifestam-se sob a forma de sintomas, efeitos indesejáveis, desconforto e desejo de mudança. Quando nos conscientizamos de que o problema existe e que somos nós os afetados, temos de decidir o que fazer para resolver o problema, ou preferir continuar vivendo com ele. Se quisermos eliminar o problema, é preciso primeiramente identificá-lo. Aqui surge um ponto importante no processo decisório: identificar o problema correto. Preferencialmente, não apenas o problema correto como também suas causas.
- 3) *resolvendo o problema*: Após a identificação do problema correto o próximo passo é resolvê-lo. Resolver o problema implica analisar os conflitos em todas as suas dimensões: porque tenho esse conflito? Com quem tenho esse conflito? O que está por trás desse conflito? Uma vez identificado esses pontos passa-se à análise das alternativas de que dispomos para resolvê-lo e à escolha da que parece melhor resolver o problema.

4) a *legitimação*: este processo consiste na determinação dos impactos dos resultados da potencial escolha e a sua racionalização para atender aos interesses da instituição. A legitimação vem sendo enfatizada como um ingrediente importante no processo de escolha. A legitimação supõe uma análise anterior dos decisores sobre as restrições e valores dos indivíduos que poderiam ser afetados por certas alternativas.

A compreensão dos componentes do processo decisório é necessária para sua otimização. A análise do contexto e o processo de legitimação podem gerar inúmeros procedimentos na identificação e resolução de problemas para uma decisão em particular. A identificação do problema e a geração das possíveis alternativas são atividades que merecem atenção para uma decisão “ótima” (QUELOPANA, 2003).

De maneira geral, as principais etapas do processo decisório podem ser sintetizadas da seguinte forma:

1. Percepção da situação que envolve algum problema (ou oportunidade);
2. Análise e definição do problema;
3. Definição dos objetivos;
4. Procura das alternativas de solução ou de cursos de ação;
5. Avaliação e comparação das alternativas;
6. Escolha da alternativa adequada;
7. Implantação da alternativa escolhida;
8. Avaliação pós-decisonal e feedback.

O reconhecimento de uma necessidade é o estágio inicial em qualquer processo de tomada de decisão. Isto ocorre quando o indivíduo sente uma diferença entre o que ele percebe ser a situação ideal e a situação real num dado momento. Porém, a necessidade é reconhecida apenas quando essa diferença ou discrepância atinge ou ultrapassa um certo nível ou limiar. Isso significa que um tomador de decisões que não percebe que existe uma situação problema, conseqüentemente não irá reconhecer a necessidade de tomar qualquer ação (PAIVA, 2002).

### *1. Análise e definição do problema*

Essa etapa é um ponto crítico no processo da tomada de decisão. A maneira como se formula o problema orienta a decisão. É ela que determina as alternativas a serem consideradas, e a forma como serão avaliadas. Concentrar-se no problema certo direciona o restante do processo (PAIVA, 2002).

### *2. Definição dos objetivos*

Os objetivos são importantes porque eles direcionam a avaliação de alternativas existentes. Eles auxiliam na clarificação dos critérios de decisão e a determinar quais informações devem ser obtidas. Os objetivos são específicos a um determinado contexto e estabelecem a importância de uma determinada escolha e o tempo e esforço que ela merece (PAIVA, 2002).

### *3. Procura de alternativas de solução ou de cursos de ação*

As alternativas constituem a matéria-prima para a tomada de decisões. Elas representam o âmbito de escolhas possíveis para a busca de objetivos. Entretanto, há dois pontos importantes que nunca podem ser esquecidos. Em primeiro lugar, não é possível escolher uma alternativa que não tenha sido objeto de consideração. Em segundo lugar, independentemente do número de alternativas que se possua, a escolha não é, necessariamente, a melhor existente. Sendo assim, buscar boas, novas e criativas opções podem ser recompensador (PAIVA, 2002).

### *4. Avaliação e comparação das alternativas*

Nesse item é necessário comparar o mérito das alternativas em conflito, avaliando até que ponto cada uma é capaz de satisfazer os objetivos propostos. Após comparar as consequências das alternativas, algumas destas serão naturalmente eliminadas. As que restaram têm um peso quase que idêntico para a escolha da final. Porém, quando se tem vários objetivos, principalmente quando esses são conflitantes entre si, surge a seguinte indagação: “será que a alternativa X

é melhor do que a alternativa Y para que se consiga alcançar os objetivos traçados?” Nesse caso é necessário repensar as duas alternativas e desfazer-se de uma opção em troca da outra (PAIVA, 2002).

#### 5. *Escolha da alternativa adequada*

O decisor deve fazer a escolha da alternativa mais adequada para o alcance dos objetivos traçados.

A atitude de uma pessoa frente ao risco é individual e esta relacionado a sua personalidade: algumas pessoas evitam a qualquer custo (são risco-aversas), outras têm disposição para correr riscos, e são neutras. Essa atitude influi diretamente na escolha das possíveis alternativas (PAIVA, 2002).

#### 6. *Implantação da alternativa escolhida*

Nem sempre uma decisão tomada é efetivamente implantada. Os gerentes moldam suas decisões para refletir a avaliação de desempenho e o sistema de recompensa da organização para se adequar aos regulamentos formais e restrições da instituição. As decisões anteriores também agem como precedentes para restringir as atuais (PAIVA, 2002).

#### 7. *Avaliação pós-decisional e retroalimentação (feedback)*

Após a implementação da alternativa escolhida deve ocorrer a avaliação. Essa é uma etapa usualmente negligenciada. Ao avaliar a experiência ocorrida com a implementação da alternativa pode-se identificar as falhas e acertos que ocorreram para uma possível formulação de previsões que correspondam à realidade (PAIVA, 2002).

### **Fatores que influenciam a Tomada de Decisões**

O desenvolvimento eficaz do processo decisório permite solucionar problemas através de uma decisão “ótima”. No entanto, um processo decisório

eficaz não garante, necessariamente, decisões de qualidade, pois existem diversas variáveis que influenciam esse processo.

A forma com que as pessoas definem, analisam ou resolvem seus problemas reflete suas preferências básicas pela percepção e julgamento, ou seja, define o seu estilo cognitivo. A ciência cognitiva combina a psicologia e a neurociência a fim de compreender melhor os processos de raciocínio humano. Pesquisas demonstram que o ser humano cria mecanismos inconscientes, também chamados de heurísticos, para lidar com a complexidade inerente à vida. Os mecanismos heurísticos funcionam bem na maior parte das situações, porém ele não é seguro. Os pesquisadores identificaram uma série de falhas nesse tipo de maneira pela qual pensamos. Algumas, como na rotina heurística da nitidez, outras de julgamentos tendenciosos e anomalias irracionais do pensamento (QUELOPANA, 2003).

De acordo com Engel *et al* (2000), o processo de tomada de decisão é influenciado por diversos fatores e determinantes, que se classificam em duas categorias: individuais e ambientais.

#### 1) Diferenças individuais

Existem algumas categorias importantes de diferenças individuais que afetam o comportamento do decisor:

- recursos temporais: tanto cronológica como psicologicamente, o tempo é uma restrição final.

- recursos econômico-financeiros: embora os orçamentos de dinheiro teoricamente não tenham limites de expansão como no caso anterior, na prática isto não acontece e este é um dos principais determinantes das decisões individuais e nas empresas.

- recursos cognitivos: representam a capacidade mental disponível para empreender atividades variadas de processamento da informação. O processamento da informação trata das maneiras pelas quais a informação é transformada, reduzida, elaborada, armazenada, recuperada e recebida. Como capacidade é um recurso limitado, os seres humanos são capazes de processar apenas uma quantidade de informação de cada vez.

- atitudes, motivações, personalidade, valores e estilo de vida: esses fatores são extremamente complexos e afetam a tomada de decisão. As atitudes têm componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. Os valores normalmente

influenciam as atitudes e os dois estão inter-relacionados. Entretanto, diferentemente dos valores, as atitudes são menos estáveis.

## 2) Influências ambientais

As pessoas vivem em ambientes complexos e seu comportamento decisório é influenciado por:

- cultura: refere-se aos valores, ideias, artefatos e outros símbolos que auxiliam os indivíduos a se comunicar. Interpretar e avaliar como membros de uma sociedade.

- influência pessoal: líderes de opinião e influenciadores afetam decisões individuais.

- classe social e círculo familiar: um exemplo seria o de pessoas de uma classe sócio-econômica alta decidindo sobre onde comprar uma casa. As opções de local consideradas para a decisão podem ser somente as que confirmarem seu status social e não necessariamente as melhores do ponto de vista racional.

- situação atual: um mesmo problema pode ser abordado de maneiras diferentes por uma mesma pessoa, dependendo de uma situação atual, por exemplo, se ela estiver solteira ou se tiver um filho recém-nascido.

## **A tomada de decisão no contexto da enfermagem**

Por consenso de vários pesquisadores, esse é um tema fundamental na prática da enfermagem. É objeto de estudos em pesquisas desenvolvidas na Europa e Estados Unidos nas últimas décadas. No Brasil ainda são poucos os estudos publicados que envolvem Enfermagem e Decisão (BACKES *et al*, 2003).

Os profissionais da enfermagem continuamente necessitam tomar decisões relativas à administração ou a assistência de enfermagem a ser prestada na unidade. Assim, o processo de tomada de decisão é um componente vital da prática de enfermagem. Para se estudar o processo de tomada de decisão na enfermagem é fundamental conhecer as características da profissão e o contexto de trabalho.

A enfermagem é uma profissão que se originou em paradigmas religiosos. Embora a Enfermagem seja uma profissão antiga, do início da Era Cristã até toda a Idade Média, o seu trabalho era pautado no modelo religioso, que se restringia à caridade e ao conforto da alma dos doentes (FURUKAWA, 2009).

Esta profissão organiza-se apoiado em três instrumentos de trabalho: a administração, as técnicas e os mecanismos disciplinares. A administração na enfermagem é retratada como a forma de organização do ambiente de trabalho. As peculiaridades do ambiente de trabalho caracterizam-no como complexo, geralmente modificando rapidamente com várias intra e interconexões (ARNDT, HUCKABAY, 1983).

De acordo com Trevizan (1987) as funções administrativas do enfermeiro são classificadas em:

- **função administrativa burocrática:** ocorre o uso quando ocorre o uso do conhecimento técnico-especializado sobre administração, visando a consecução dos objetivos da organização. Tem como elementos essenciais a racionalidade, a eficiência e a impessoalidade, bem como o seu exercício é pautado em normas e rotinas preestabelecidas pela organização. São exemplos de funções burocráticas exercidas pelo enfermeiro: receber, passar ou dirigir passagem de plantão; fazer provisão de recursos humanos e materiais; implementar ordens médicas; verificar prontuários, exames, escalas de cirurgias; entre outras.
- **função administrativa não-burocrática:** esta também visa os objetivos da organização, estando vinculada à competência profissional do enfermeiro e tem como perspectiva a qualidade do trabalho. Algumas características desta função são: não é regida detalhadamente por normas, depende mais da competência do indivíduo, deixa lugar para a criatividade, deixa espaço para um estilo pessoal. São exemplos da função administrativa não-burocrática: fazer visitas aos pacientes; orientar paciente e família sobre exames, cirurgias, cuidados pós-alta, retorno e estado do paciente; participar de reunião de grupo de estudos de educação continuada, entre outras.

Dessa forma, é perceptível que a função burocrática é comandada pelo compromisso à organização, enquanto a função não-burocrática é mais orientada pelo compromisso para com os clientes. Assim, o enfermeiro administrativo, é um profissional competente e investido de autoridade. O exercício da função administrativa terá como centro a assistência ao paciente. Para isto, o enfermeiro deverá adequar princípios e medidas administrativas para a decisão e solução de problemas específicos e para a administração de seu pessoal (TREVIZAN, 1987).

As técnicas são utilizadas para organizar o cuidado, é um conjunto de instrumentos utilizados para a realização da assistência. O enfermeiro faz a gerência do trabalho dos demais membros da equipe de enfermagem e presta os cuidados privativos do enfermeiro. Esses cuidados privativos são representados por procedimentos complexos que exigem a instrumentalização do conhecimento teórico. Os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diferenciados e dividem o trabalho, legitimando ao enfermeiro o papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho, cabendo aos demais profissionais de sua equipe (auxiliares e técnicos de enfermagem) o papel de executores de tarefas delegadas pelo enfermeiro e até mesmo pelo médico (PIRES, 1999).

A responsabilidade pelo cuidado direto ao paciente é da enfermagem que, por isto, sofre a pressão da cobrança de todos os “problemas” por parte dos médicos, pacientes, familiares e da administração (PIRES, 1999).

O enfermeiro muitas vezes limita seu trabalho as normas institucionais ou às determinações médicas. É necessário que ocorra uma mudança nesses para focalizar sua ação no auxílio aos clientes. Para desenvolver esse trabalho, a enfermagem pode até mesmo ter que auxiliar o paciente para que ele não cumpra ordem médica que possa vir a prejudicá-lo. Da mesma forma, pode intervir para solucionar conflitos entre o paciente e a política da instituição, sempre buscando focalizar sua ação no indivíduo e no seu bem estar (LEONARD; CRANE; ORLANDO, 1993).

O enfermeiro é confrontado com o processo decisório que compreende o poder de decidir, ou seja, determinar o que deve ser feito, opinar, escolher e optar acerca de algo, possuindo como objetivos a ação do momento e a descrição de um futuro provável (JESUS, 2011).

As metas na assistência são normalmente imediatistas, de curto prazo, devido à complexidade de situações envolvidas e à necessidade de decidir rapidamente – já que sempre está relacionada à saúde e à vida humana. A enfermagem está constantemente envolvida em processos que confrontam múltiplas possibilidades de escolha, com interpretação de dados e previsão de possíveis consequências. É permanente o desafio de enfrentar processos decisórios, tanto no campo assistencial, quanto no campo administrativo. A decisão na clínica da Enfermagem



exige responsabilidade e autonomia de julgamento e de decisão do enfermeiro, além de qualidade de informação, de raciocínio e de decisão clínica (JESUS, 2011).

### **Etapas do Processo de Tomada de Decisão na Enfermagem**

Ciampone (1991) acredita que a estrutura do processo de tomada de decisão através de um modelo de etapas facilita e clarifica a situação a ser resolvida, por possibilitar a identificação da melhor solução. Apesar de oferecer suporte para a tomada de decisão, o autor menciona que o modelo não oferecerá o suporte completo, mas ajudará a estruturar e analisar o processo a ser percorrido em busca da melhor alternativa.

Dessa forma, pode-se citar dois referenciais da Enfermagem: Ciampone (1991) e Marquis e Huston (1999). Esses autores direcionam o processo de tomada de decisão na enfermagem por meio de propostas de modelos de etapas.

A comparação entre estes dois modelos está apresentada no Quadro 1

**Quadro 1: Modelos de etapas do Processo de Tomada de Decisão na Enfermagem**

<b>ETAPAS</b>	<b>CIAMPONE (1991)</b>	<b>MARQUIS E HUSTON (1999)</b>
<b>Primeira etapa</b>	Percepção do problema	Identificação do problema
<b>Secunda etapa</b>	Definição do problema	Geração de alternativas
<b>Terceira etapa</b>	Coleta de dados	Escolha
<b>Quarta etapa</b>	Análise dos dados	Implementação
<b>Quinta etapa</b>	Redefinição do problema	
<b>Sexta etapa</b>	Procura de solução / alternativas	
<b>Sétima etapa</b>	Escolha da decisão	
<b>Oitava etapa</b>	Implementação	
<b>Nona etapa</b>	Avaliação	

Fonte: MARCON (2006, p.53)

Ciampone (1991) define nove etapas para seu modelo, proferindo que o processo decisório inicia-se a partir da percepção de que algo está fora da normalidade. A fase subsequente é a definição do problema em questão. Nessa etapa é conveniente que a definição do problema seja realizada com base apenas na situação descrita, sem deduções e/ou inferências. A fase de coleta de dados é extremamente importante, visto que a informação é a base para a decisão. Após o registro dos dados coletados é realizado a análise dos dados, que é caracterizada

pelas informações mais relevantes quanto à situação em questão. Baseado nessas informações é possível propor alternativas e refletir a respeito das consequências. A fase da escolha e decisão é essencial que estejam em compatibilidade com a filosofia do serviço de Enfermagem e, se possível, compartilhada por todos os profissionais envolvidos na instituição, para diminuir conflitos e dificuldades na implementação da decisão. As fases de implementação e avaliação são fundamentais para a execução da solução concretamente.

No modelo proposto por Marquis e Huston (1991) são propostas quatro etapas que representam um instrumento de essencial auxílio ao processo decisório. As decisões devem estar baseadas em conhecimentos e em informações suficientes para iniciar o processo. A identificação do problema, ou primeira etapa, é a fase que remete a busca de informações pertinentes e verídicas sobre a real situação em questão. Tendo como base os dados elencados a segunda fase é a criação de alternativas, as quais precisam ser fundamentadas para serem analisadas. Ao elaborar as alternativas com argumentações críticas segue a terceira etapa: a escolha da solução, e por fim, a implementação da escolha.

.Ao refletir a respeito dos modelos propostos para a prática da Enfermagem observa-se uma semelhança em relação ao Processo Decisório dos autores da administração. Apesar da diferença do número de etapas, ambos possuem uma semelhança teórica em relação aos passos a serem percorridos. O primeiro possui uma descrição mais detalhada, e o segundo mais sucinto, no entanto, são resultados de um amplo aprofundamento teórico e portanto são recomendáveis na aplicação na prática profissional da Enfermagem.

Mediante aos modelos expostos e desenvolvidos por estudiosos da Enfermagem, primeiramente deve-se considerar de elevada relevância e importância tais estruturas, já que em relação ao tema “tomada de decisão no contexto da enfermagem” existe um número restrito de referências. E para referenciar os modelos e etapas do processo decisório encontrou-se apenas Ciampone (1991), estudiosa brasileira, e Marquis e Huston (1999) de origem americana com material traduzido (MARCON, 2006).

## O julgamento/raciocínio clínico diagnóstico do enfermeiro

O raciocínio clínico é uma ferramenta central na prática da enfermagem, pois possibilita o desenvolvimento de uma lógica para a tomada de decisões, baseada em um raciocínio, para eleger a melhor assistência ao indivíduo/família/grupo.

Esse tema é de grande complexidade e vem recebendo maior atenção há mais de três décadas nas pesquisas médicas, com auxílio de teorias da psicologia cognitiva, neurociência e educação (CORREA, 2003).

Para Gordon (1994), o processo diagnóstico envolve quatro atividades perceptuais e cognitivas cíclicas conforme segue:

- coleta das informações: inicia-se com a história e o exame de enfermagem na busca de dados relativos à saúde do indivíduo, família ou comunidade. A habilidade de coleta de informações é influenciada pelo conhecimento clínico que, armazenado na memória, proporciona sensibilidade às evidências clínicas.
- interpretação das informações: a interpretação das informações do estado de saúde do paciente permite ao diagnosticador prever ou explicar os achados. Duas operações mentais estão envolvidas, o raciocínio inferencial e o julgamento.
- agrupamento das informações: na prática clínica, ao coletar e interpretar as informações, os enfermeiros montam um quadro ou figura no qual essas informações encaixam-se ou não. Isso ocorre provavelmente por acessar evidências clínicas significativas e armazenadas na memória. A figura ou quadro referida é provavelmente o grupo de sinais e sintomas presentes na memória que define a categoria diagnóstica.
- denominação do agrupamento: após a coleta, interpretação e agrupamento das informações, o enfermeiro determina o nome do problema de saúde do paciente. A identificação ou denominação do problema de saúde é um ato de julgamento que diz “é isso e não aquilo”. A denominação dos agrupamentos utiliza termos concisos que expressam o significado atribuído aquela condição que exige intervenção de enfermagem.

O raciocínio clínico é um processo cognitivo complexo de resolução de problemas clínicos. A habilidade necessária a esse raciocínio envolve fatores como

a complexidade da situação apresentada, características do diagnosticador e natureza da disciplina. As características principais do diagnosticador incluem o conhecimento clínico e científico, experiência clínica e o desenvolvimento cognitivo. Essas características tem efeito somatório na capacidade de diagnosticar (CORREA, 2003).

As decisões tomadas a partir de análises indutivas, dedutivas e intuitivas são também permeadas pela ética, de forma que o raciocínio clínico é fundamentalmente um processo interacional, contextualizado na prática do cuidado (CERULLO, 2009).

O raciocínio clínico é imprescindível à atividade do enfermeiro, uma vez que a qualidade da assistência depende substancialmente das habilidades de raciocínio. Como instrumento para a tomada de decisão orienta a coleta de informações relevantes para a avaliação de enfermagem, norteia a interpretação das respostas (reações) humanas aos problemas de saúde e processos de vida, auxilia na decisão referente às intervenções que devem ser implementadas e contribui para a evolução do indivíduo e avaliação do planejamento da assistência (MEIER *et al*, 2011).

O julgamento clínico por sua vez, são decisões complexas sobre o estado do indivíduo, família ou situação contextual que afeta as respostas do mesmo, baseados em achados e sua interpretação. Os diagnósticos de enfermagem nada mais são do que o resultado de uma série de julgamentos clínicos. A complexidade do julgamento clínico está em suas características de incerteza, variabilidade das situações clínicas, disponibilidade e ambiguidade dos dados e sua natureza repleta de valores (CARNEVALI; THOMAS,1993) apud (CORREA, 2003).

O julgamento clínico incorpora vários tipos de julgamentos que incluem Gordon (1994) apud Corrêa (2003):

- julgamentos perceptuais: sobre quais dados deverão ser coletados; se um sinal ou sintoma esta presente ou não; quais forças e elementos positivos existem na pessoa e na situação contextual;
- julgamentos inferenciais: sobre o significado dos achados, bem como as relações existentes entre os dados coletados;
- julgamentos diagnósticos: sobre a existência ou não de algum agrupamento de dados que se ajuste a padrões associados a um diagnóstico específico.

Os julgamentos clínicos dos enfermeiros resultam em produtos cognitivos, sejam estas impressões não verbalizadas ou diagnósticos formais. Quando um diagnóstico de enfermagem é enunciado, ele tem uma estrutura consistente com dois ou três componentes: estado de saúde, problema de saúde, condição ou processo vital identificado como potencial ou existente; fatores relacionados e manifestações do problema ou características definidoras (CARNEVALI; THOMAS, 1993) apud (CORREA, 2003).

Em uma revisão de literatura sobre pesquisas em raciocínio clínico, Radwin (1995) apud (CORREA, 2003) afirma que o raciocínio diagnóstico é uma forma de julgamento clínico. Nos anos 70, médicos e psicólogos intrigados com as questões de tomada de decisões clínicas, buscaram a adaptação de teorias da psicologia cognitiva com a utilização da Teoria do Processamento de Informação com um modelo para o estudo de raciocínio diagnóstico. De acordo com esse modelo, a descrição de explicações analíticas ocorre em uma sequência de eventos conforme segue:

- o diagnosticador encontra com o cliente, organiza informações clínicas e identifica evidências e características do paciente;
- o diagnosticador infere relações entre evidências e agrupa tais evidências; pensa na possibilidade de alternativas ou hipóteses diagnósticas que expliquem esse agrupamento (geração de hipóteses);
- o diagnosticador busca informações posteriores para eliminar as hipóteses diagnósticas de acordo com a congruência com dados adicionais obtidos. Essa informação adicional não garante que um diagnóstico específico exista;
- novas hipóteses podem ser geradas;
- finalização da testagem das hipóteses quando o grau de incerteza sobre os diagnósticos é tolerável e se escolhe a mais adequada das condições em consideração (decisão diagnóstica).

De acordo com esse modelo, Cruz (1995) apresentou uma síntese dos modelos ou descrições analíticas do processo diagnóstico desenvolvido pelos principais autores de enfermagem:

**Quadro 2: Síntese dos modelos ou descrições analíticas do processo diagnóstico**

AUTOR	ETAPAS DO PROCESSO DIAGNÓSTICO
<b>RISNER (1986)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Categorização dos dados</li> <li>2. Identificação de lacunas de dados</li> <li>3. Agrupamento dos dados relevantes em padrões</li> <li>4. Comparação dos agrupamentos com padrões, normas e conceitos</li> <li>5. Identificação de desvios ou potencialidades de saúde</li> <li>6. Proposição de relações etiológicas</li> </ol>
<b>DOENGES et al (1989)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coleta de dados</li> <li>2. Análise e revisão dos dados para identificar informações relevantes</li> <li>3. Síntese (combinação/organização) dos dados em diagnósticos</li> <li>4. Comparação dos diagnósticos</li> <li>5. Combinação dos diagnósticos com fatores etiológicos e sinais e sintomas</li> </ol>
<b>CARNEVALI, THOMAS (1993)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coleta de dados antes do encontro com o cliente</li> <li>2. Ingresso na situação de avaliação</li> <li>3. Coleta de dados</li> <li>4. Agrupamento dos dados relevantes</li> <li>5. Seleção dos grupos prioritários de dados</li> <li>6. Recuperação das possíveis explicações diagnósticas</li> <li>7. Comparação das características dos diagnósticos com os dados do cliente</li> <li>8. Seleção do diagnóstico</li> </ol>
<b>GORDON (1994)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coleta de informações</li> <li>2. Interpretação das informações</li> <li>3. Agrupamento das informações</li> <li>4. Denominação do agrupamento</li> </ol>

Fonte: CORREA (2003, p.28)

As descrições citadas acima estão apresentadas de maneira linear. Porém, os autores referem que o processo na realidade é dinâmico e envolve decisões que exigem retornar as fases anteriores, mesmo quando o processo já esta avançado. Também afirmam que não existe um limite nítido entre uma fase e outra. Apesar das variações observa-se que não existem diferenças fundamentais entre as descrições (CRUZ, 1995).

Considerando que a atuação do enfermeiro é autônoma, direcionada para o foco de sua prática clínica baseada em conhecimentos específicos, o raciocínio clínico é uma ferramenta prioritária para no processo de tomada de decisões, as

quais sejam capazes de atender a demanda das necessidades de saúde dos clientes.

### **3.2 Referencial Metodológico**

A escolha de um método para estudo baseia-se na premissa de responder a uma problemática levantada.

Para tanto, fez-se necessário a escolha de um referencial que respondesse a análise do objeto de estudo, a escolha da revisão de literatura integrativa partiu do princípio de que a mesma embasa a análise da questão em função de suas próprias características.

As revisões de literatura tem a função integradora e facilitam o acúmulo de conhecimentos, ajudam a fundamentar estudos significativos pois proporciona aos leitores os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um determinado tópico (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

É um método de exame específico que resume a literatura empírica ou teórica passado para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenômeno ou problema de saúde no qual se deseja pesquisar. Esse tipo de estudo tem o potencial para construir a ciência de enfermagem, informando pesquisa, prática e iniciativas políticas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Esse tipo de estudo propicia a síntese de conhecimento produzido sobre um determinado tema, permite a visualização de lacunas de evidências na prática profissional e viabiliza a contextualização do pesquisador em determinada temática (BEZERRA, 2007).

Em 1980 já se observava a utilização dessa metodologia (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Segundo os autores, essa metodologia possibilita a análise de pesquisas importantes que podem dar suporte para possíveis tomadas de decisões e conseqüentemente melhoria da prática clínica, proporcionando a síntese do estado do conhecimento de certo assunto, além de identificar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com novas pesquisas e estudos. Esse método engloba a síntese de várias pesquisas publicadas e permite conclusões gerais a respeito de um determinado tema. Para a enfermagem é considerado uma metodologia importante, pois muitas vezes os profissionais não

têm tempo para realizar leituras de artigos publicados devido à falta de tempo, volumes extensos, além de dificuldade para realizar a análise crítica dos estudos.

“A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão” (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008 p.760).

Além disso, as revisões integrativas incorporam uma ampla gama de propósitos: definir conceitos, rever teorias, para analisar os dados e analisar questões metodológicas de um determinado tópico a variada base de amostragem de opiniões integrativa em conjunto com a multiplicidade de efeitos tem o potencial para resultar em um retrato abrangente de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde de importância para a enfermagem (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Uma revisão de literatura bem feita exige os mesmos padrões de rigor, de clareza e possibilidade de replicação de resultados utilizados nos estudos primários (BEYEA; NICOLL, 1998).

Para a condução de uma revisão integrativa deve-se utilizar estratégias científicas que limitam o viés no levantamento das publicações, na análise crítica e síntese dos trabalhos (STETLER *et al*, 1998).

Ganong (1987) apresenta seis fases para uma revisão de literatura:

1. seleção das hipóteses ou questões para a revisão

O tema de uma revisão integrativa deve ser claramente definido e especificado com uma questão norteadora de pesquisa primária. O tema deve ser relatado com teorias e conceitos já estabelecidos para fornecer base de conhecimento ao pesquisador e também deve ser amplo para propiciar uma revisão bibliográfica prévia.

2. estabelecimento dos critérios para seleção da amostra

A seleção da amostragem é importante, já que a sua representatividade é um indicador crítico de generalização das conclusões, confiabilidade e



fidedignidade dos resultados. A omissão dos procedimentos de amostragem pode comprometer a validade da pesquisa. O ideal é o pesquisador incluir todos os estudos encontrados, no entanto, se este procedimento for inviável devido a quantidade de trabalhos, devem-se apresentar todos os critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra. A delimitação de critérios permite ao pesquisador afunilar a sua pesquisa de acordo com os critérios escolhidos.

3. apresentação das características da pesquisa primária

Essa tarefa é a essência da revisão integrativa, pois é análoga à coleta de dados e ao relato dos dados da revisão. Todas as características que podem influenciar os achados devem ser sistematicamente examinadas para que o objeto da revisão seja completamente alcançado. As tabelas tornam a leitura mais simples, clara e objetiva, constituindo a forma mais indicada para expor a caracterização das pesquisas primárias analisadas.

4. análise dos dados

A análise dos dados deve ser realizada de forma sistemática, expressando-se claramente as regras utilizadas. É importante a utilização de um protocolo para a leitura dos textos e para realizar a coleta dos dados. O protocolo sintetiza informações com o objetivo de organizar as informações de forma concisa, utiliza a elaboração de um banco de dados de fácil visualização e compreensão.

5. interpretação dos dados

Fase de discussão dos principais achados da pesquisa. Podem ser realizadas comparações dos resultados encontrados com os conhecimentos teóricos, é possível obter algumas conclusões. Permite também identificar questões ocultas na literatura fundamentando cientificamente a prática atual para delimitar prioridades para pesquisas futuras.

6. apresentação da revisão

Nesta última etapa é realizado um resumo das evidências encontradas, podendo criar documentos que descreva detalhadamente a revisão. A apresentação deve ser clara, completa para que permita ao leitor examinar criticamente os resultados.

Acredita-se que os estudos de revisão integrativa poderão propiciar contribuições valiosas para a enfermagem, principalmente para indicar áreas de conhecimento que necessitam de estudos com delineamento de pesquisa “padrão-ouro”, para fundamentar, cientificamente, as intervenções na prática clínica do enfermeiro (BEZERRA, 2007).

## **4 ABORDAGEM METODOLÓGICA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Neste estudo optou-se pelas etapas apresentadas por Ganong (1987).

### **4.2 Questão norteadora**

O estabelecimento do problema é uma etapa importante que consiste na formulação de hipóteses ou questões para a revisão. A questão necessita estar relacionada a um raciocínio teórico e deve ter por base definições já aprendida pelo pesquisador.

O presente estudo tem a seguinte questão norteadora: quais habilidades devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para que adquira competências para tomada de decisões?

### **4.3 Estratégia de busca**

A pesquisa foi realizada através da Biblioteca Virtual em Saúde- BVS, que disponibiliza acesso livre e gratuito às informações técnico-científicas publicadas nacionalmente e internacionalmente, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências de Saúde (Lilacs).

A coleta dos dados foi realizada no mês de dezembro de 2011. Foram utilizados os descritores ou palavras-chave: “Tomada de decisões” and “Competência Clínica or Habilidade” and “enfermagem”. Tem-se como critério de inclusão todos os artigos publicados em texto completo, disponíveis em acesso eletrônico gratuito, que contenha pelo menos uma habilidade para o desenvolvimento da competência para tomada de decisão.

Foram encontrados nove artigos na base de dados Lilacs e seis na Scielo. Após leitura do resumo dos artigos e procura pelo documento original apenas sete foram selecionados para estudo, pois o restante não atendia aos critérios de inclusão.

#### 4.4 População e amostra

A população desse estudo foi composta pelas produções científicas relacionadas à questão norteadora, identificada nas fontes selecionadas.

A amostra do estudo foi constituída pelas sete publicações que atenderam aos critérios de inclusão e que estão relacionadas ao tema em estudo. A população e amostra estão representadas abaixo:

**Quadro 3: Estratégia de busca, população e amostra do estudo**

<b>FONTE</b>	<b>ESTRATÉGIA DE BUSCA</b>	<b>POPULAÇÃO</b>	<b>REPETIÇÕES</b>	<b>AMOSTRA</b>
<b>Lilacs</b>	tomada de decisoes [Descritor de assunto] and competencia clinica [Descritor de assunto]	9	-	4
<b>Scielo</b>	tomada de decisoes [Todos os índices] and enfermagem [Todos os índices]	6	-	3

#### 4.5 Variáveis do estudo

As variáveis de estudo foram:

- caracterização das publicações: fonte de dados, ano, periódico, delineamento da pesquisa
- caracterização dos autores: profissão, área de atuação, país de origem, qualificação, número de autores.
- habilidades para tomada de decisão.

#### 4.6 Instrumento para coleta de dados

Para coleta de dados foi elaborado um instrumento com o objetivo de facilitar o processo de coleta de dados (**APÊNDICE A**).

#### **4.7 Coleta dos dados**

Inicialmente foi realizada uma leitura minuciosa e crítica dos artigos que compuseram a amostra. Em seguida, os instrumentos de coleta de dados foram preenchidos para cada artigo da amostra. A partir dos dados registrados foram construídos quadros sinópticos, de forma a ordenar e avaliar o grau de concordância dos pesquisadores com relação ao problema e variáveis de caracterização dos autores e das publicações que fizeram parte da amostra deste estudo.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos a partir da amostra da busca bibliográfica são apresentados a seguir.

### 5.1 Caracterização da produção científica

A caracterização das publicações que compuseram a amostra estão apresentados abaixo:

CARACTERIZAÇÃO DOS AUTORES						CARACTERIZAÇÃO DAS PUBLICAÇÕES					
Literatura		Profissão	Área de atuação	País de origem	Qualificação	Nº de autores	Fonte	Ano	Periódico	Tipo de publicação	Delineamento da pesquisa
A1	Neves <sup>1</sup> ; Pazin-filho <sup>2</sup>	2 médicos	<sup>1</sup> Médico: Hospital das Clínicas USP <sup>2</sup> Docente do curso de medicina da USP (Ribeirão Preto)	Brasil	Não relatado	2	Lilacs	2008	Medicina (Ribeirão Preto)	Artigo	Estudo de Caso
A2	Diaz <i>et al</i>	4 Médicos	Não relatado	Cuba	Não relatado	4	Lilacs	2002	Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter	Artigo	Revisão de Literatura
A3	Montes <sup>1</sup> ; Leighton <sup>2</sup> ; Camus <sup>3</sup>	1 Médico 2 Estudantes de medicina	<sup>1</sup> Professor adjunto associado no Centro de Bioética da Universidade Católica do Chile <sup>2,3</sup> Aluno do Centro de Bioética	Chile	Não relatado	3	Lilacs	1998	Boletín Escuela de Medicina	Artigo	Revisão de Literatura
A4	Réa-Neto	1 Médico	Docente Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná	Brasil	Não relatado	1	Lilacs	1998	Rev Ass Med Brasil	Artigo Especial	Revisão de Literatura
A5	Almeida <i>et</i>	5	<sup>1</sup> Docente de	Brasil	<sup>1,2</sup> Graduadas	5	Scielo	2011	Texto	Artigo	37 Pesquisa

	al	enfermeiras	Enfermagem na Universidade do Oeste do Paraná; <sup>2</sup> Coordenadora de Enf. Do Hospital das Clínicas da UFPR; <sup>3,4,5</sup> Docentes/Professoras do Programa de Pos grad. De Enf. Da UFPR		em Enfermagem <sup>3,4,5</sup> Doutorado em Enfermagem				Contexto Enferm		Qualitativa
A6	Campos <sup>1</sup> ; Graveto <sup>2</sup>	1 Estudante Enfermagem 1 Enfermeiro	<sup>1</sup> Estudante de graduação da Escola de Enf. de Coimbra; <sup>2</sup> Professor Adjunto da Escola de Enf. De Coimbra	Portugu al	<sup>1</sup> Estudante de Graduação <sup>2</sup> Ph.D em Enfermagem	2	Scielo	2009	Rev Latino-am Enfermagem	Artigo	Revisão de Literatura
A7	Cruz <sup>1</sup> ; Pimenta <sup>2</sup>	2 Enfermeiras	<sup>1</sup> e <sup>2</sup> Professor Associado da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	2 Doutoradas	2	Scielo	2005	Rev Latino-am Enfermagem	Artigo	Estudo de Caso

**Quadro 4 –**Caracterização das publicações que compuseram a amostra



Em relação à profissão dos autores verifica-se um percentual idêntico (8-42,1%) de médicos e enfermeiros. Os demais são estudantes de medicina e enfermagem.

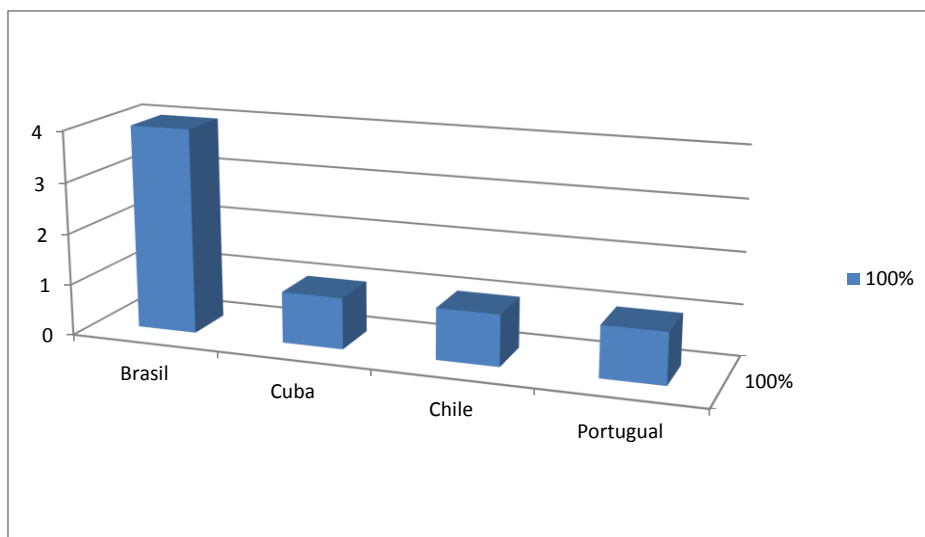
Portanto, observa-se que a “tomada de decisão” é um tema estudado tanto pelos profissionais da enfermagem, quanto pelos da medicina. Algumas pesquisas realizadas por Réa-Neto (1998), Díaz (2002), Neves e Pazin-filho (2008) relatam que a medicina iniciou há várias décadas seus estudos a respeito da tomada de decisão embasada no Raciocínio Clínico e a abordam como uma “função essencial da atividade médica”. Posteriormente, a enfermagem apropriou-se dessa área de conhecimento como instrumento de trabalho, e atualmente norteia a profissão por se fazer presente em diversos cenários.

Quanto à área de atuação dos autores, 10 (52,63) são docentes de curso de graduação e/ou pós-graduação, quatro (21,04%) não foram relatados nos artigos, três (15,79%) são estudantes de curso de graduação em enfermagem ou medicina, um é médico do Hospital das Clínicas da USP e um é Coordenador de Enfermagem do Hospital das Clínicas da UFPR.

Nota-se que a maioria dos estudos são produzidos por docentes e estudantes de curso de graduação e pós-graduação, portanto as instituições de ensino são as “grandes” produtoras de conhecimento e pesquisa. Com o desenvolvimento da pesquisa, a partir da década de oitenta, é perceptível a ampliação da produção científica na área da enfermagem, tanto do ponto de vista de dissertações e teses, como de artigos publicados em periódicos indexados e livros, dentre outros (PADILHA *et al*, 2007).

A pós-graduação contribui muito para a pesquisa nas universidades. Pois tem por fim, oferecer o ambiente e recursos adequados para que se realize a livre investigação científica e onde possa afirmar-se a gratuidade criadora das demais formas de cultura universitária (AIMEIDA *et al*, 2005).

Em relação ao país de origem dos estudos, quatro (57,16%) são estudos brasileiros, um (14,28%) de Cuba, um (14,28%) do Chile e um (14,28%) de Portugal. Esses dados podem ser justificados pelo fato das bases de dados escolhidas, Lilacs e Scielo, serem representadas pelos conjuntos relevantes da produção científica internacional e regional da América Latina e Caribe.



**Gráfico 1: Características relacionadas ao país de origem dos estudos**

Verificou-se que em relação à qualificação dos autores que cinco (31,58%) são doutores, três (15,79%) graduandos e dez (52,63%) não foram informados nos artigos.

Vários fatores contribuíram para a criação e estímulo à realização de cursos de pós-graduação, dentre eles podemos destacar: a mobilização pela reforma universitária; o crescimento das matrículas no ensino superior; a expansão quantitativa dos institutos e departamentos; a necessidade de docentes mais qualificados; e o aumento decisivo sobre a demanda para a pós-graduação (PADILHA *et al*, 2006)

Em relação ao número de autores, três (42,88%) dos artigos foram escritos por dois autores, o restante foi escrito por um autor (14,28%), três autores (14,28%), quatro autores (14,28%) e cinco autores (14,28%).

Observa-se que a maioria optou por elaborar a publicação com dois autores, acredita-se por ser mais fácil a conciliação de horários para realização dos estudos, bem como o seu desenvolvimento. O número de autores não excedeu cinco, pois as revistas geralmente adotam critérios para submissão e aceite dos manuscritos a serem publicados.



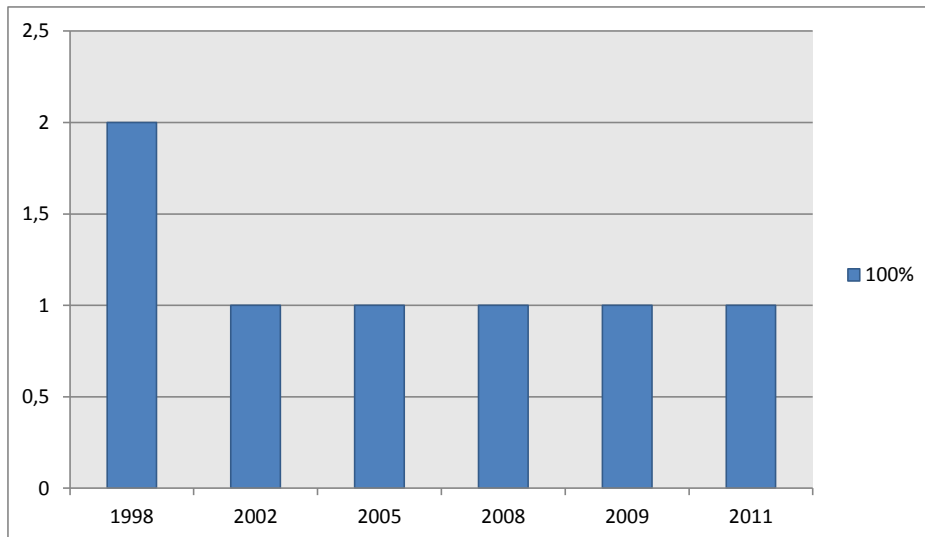
**Gráfico 2: Características relacionadas ao número de autores dos estudos**

As bases de dados utilizadas foram duas: Lilacs e Scielo, sendo que quatro (57,16%) artigos pertencem a Lilacs e três (42,84%) a Scielo.

Nesse item observa-se que a maioria dos estudos foram originados da base de dados Lilacs, talvez devido ao fato dessa base conter um número maior de indexações relativas ao tema de estudo quando comparada a Scielo.

Verificou-se que as primeiras (28,60%) publicações ocorreram no ano de 1998, seguidas por uma (14,28%) em cada ano de 2002, 2005, 2008, 2009 e 2011 respectivamente.

A tomada de decisão é um tema relativamente novo, no Brasil ainda são poucos os estudos publicados que envolvem Enfermagem e Decisão (BACKES *et al*, 2003).



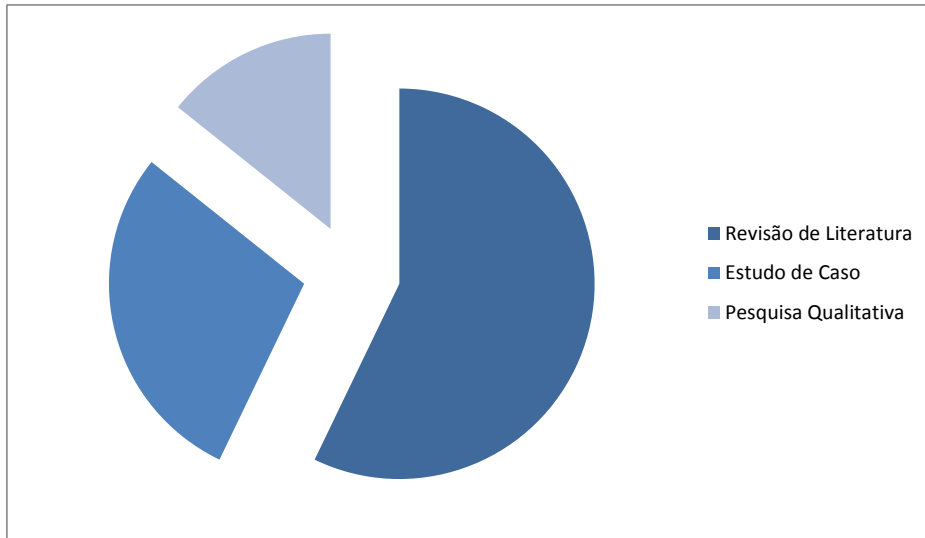
**Gráfico 3: Características relacionadas ao ano de publicação**

Em relação aos periódicos constatou-se que dois (28,6%) são da Revista Latino Americana de Enfermagem, seguido por um (14,28%) em cada um dos periódicos: Medicina (Ribeirão Preto), Revista Cubana Hemat Inmunol Hemoter, Boletín Escuela de Medicina, Revista Associação Médica Brasileira e Texto e Contexto Enfermagem.

A Revista Latino Americana de Enfermagem foi a que teve maior número de publicações nesse estudo, observando uma maior tendência de interesse pelo tema, quando comparada as demais.

Ao observar o delineamento das publicações, pode-se verificar que quatro (57,16%) correspondiam a Revisões de Literatura, dois (28,56%) trata-se de Estudo de Caso e apenas um (14,28%) como Pesquisa Qualitativa.

Cabe inferir que a maioria dos estudos na temática “Tomada de Decisão” são publicados como revisão de literatura, talvez devido à complexidade do tema para aplicação de outros tipos de metodologias, tais como pesquisas quantitativas e qualitativas.



**Gráfico 4: Características relacionadas ao delineamento da pesquisa**

## 5.2 Habilidades necessárias para Tomada de Decisão

A partir de sucessivas leituras das publicações selecionadas foi possível identificar quais são as habilidades que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para tomada de decisões.

**Quadro 5: Habilidades para Tomada de Decisões identificadas nas publicações selecionadas.**

	<b>AUTORES</b>	<b>HABILIDADES NECESSÁRIAS PARA TOMADA DE DECISÃO</b>
A1	Neves; Pazin-Filho (2008)	- Raciocínio clínico no hipotético-dedutivo - Treinamento dos processos cognitivos - Autocrítica para o processo diagnóstico.
A2	Diaz <i>et al</i> (2002)	- Formulação precisa de uma pergunta - Avaliação crítica das evidências
A3	Montes; Leighton; Camus (1998)	- Comunicar decisões - Compreender a informação oferecida, - Manipular racionalmente a informação - Perceber fatores cognitivos e afetivos envolvidos em cada caso.
A4	Réa-Neto (1998)	- Raciocínio clínico raciocínio eficiente. - Utilizar o modelo hipotético dedutivo como ferramenta para : identificar o problema clínico, gerar hipóteses diagnósticas, teste e resultados.
A5	Almeida <i>et al</i> (2011)	- Planejar - Realizar procedimentos operacionais padrão, - Administrar tempo, - Exercer a liderança, - Prática autonomia, - Realizar a mediação de conflitos e negociação.
A6	Campos; Graveto (2009)	- Autonomia, - Comunicação, - Capacidade de envolver “empowerment” os pacientes no processo de tomada de decisões, - Compartilhar as decisões a equipe e pacientes, - Desenvolver a interação profissional -paciente. - Avaliar os recursos disponíveis, o desejo do paciente, a cognição, e os conhecimentos produzidos pelas pesquisas.
A7	Cruz; Pimenta (2005)	- Medicina baseada em evidência e Raciocínio Clínico - Identificação de fontes de informações pertinentes, - Aplicação de conceitos de estatística, de epidemiologia, e de delineamento de pesquisas

Em síntese, para adquirir competência para tomada de decisões, o enfermeiro deve desenvolver habilidades de:

- Raciocínio Clínico (modelo hipotético-dedutivo): A1, A4 e A7
- Treinamento dos Processos Cognitivos: A1, A3, A7
- Prática Baseada em Evidências: A2, e A7
- Comunicação: A3, A6
- Autonomia: A5, A6
- Autocrítica para o processo diagnóstico: A1

- Compreender e manipular a informação: A3
- Formulação precisa de uma pergunta e avaliação crítica das evidências: A2
- Planejamento, realizar procedimentos operacionais padrão: A5
- Liderança: A5
- Capacidade de envolver os pacientes no processo decisório: A6
- Compartilhar decisões: A6
- Aplicação dos conhecimentos de estatística, epidemiologia e pesquisa: A7

O termo “evidência” é definido como algo que fornece provas, e pode ser categorizada em níveis de acordo com sua força de evidência. As evidências devem ser utilizadas para sustentar as decisões clínicas na enfermagem (CRUZ, 2005).

Praticar com base nas evidências significa integrar a competência individual com a melhor evidência externa identificada a partir da investigação sistemática. O profissional adquire essa habilidade e o “bom juízo” através da sua experiência clínica, e tem como resultados: o diagnóstico efetivo e eficiente, o manejo racional dos problemas, desejos e preferências do paciente em relação ao seu cuidado. (DÍAZ *et al*, 2002).

A correta aplicação dos resultados nas situações clínicas reais depende do desenvolvimento de habilidades especiais dos profissionais. Para alicerçar a Prática Baseada em Evidências (PBE) é necessário que sejam desenvolvidas as seguintes habilidades (DÍAZ *et al*, 2002):

- Ser capaz de formular de maneira precisa uma pergunta a partir de um problema clínico do paciente
  - Ser capaz de localizar a literatura disponível
  - Ser capaz de realizar uma avaliação crítica da literatura encontrada
  - Ser capaz de aplicar na prática as conclusões da avaliação.

De forma similar, El Dib (2007) descreve que as habilidades para a PBE são:

1. transformar a informação necessária em uma pergunta que pode ser respondida. Uma boa pergunta formulada é o primeiro passo para o início da pesquisa, pois diminui as possibilidades de ocorrerem erros sistemáticos durante a elaboração, planejamento, análise e conclusão do projeto de pesquisa.
2. identificar a melhor evidência capaz de responder a pergunta, ou seja, verificar qual o melhor desenho de estudo para a questão clínica.

3. acessar as principais bases de dados na área da saúde, tais como: MEDLINE, EMBASE, Scielo, Lilacs e Cochrane Library, em busca de estudos bem delineados.
4. realizar uma análise crítica da evidência encontrada em relação à validade (proximidade da verdade), ao impacto (tamanho do efeito) e à sua aplicabilidade na prática clínica (utilidade).

Cruz (2002) complementa que as habilidades para a PBE incluem: identificação de fontes de informações pertinentes, o que requer o uso de computadores e internet; a aplicação de conceitos de estatísticas, epidemiologia e de delineamento de pesquisas que não são conceitos frequentemente apresentados nos cursos de graduação em enfermagem. Além dessas, a habilidade cognitiva e hábitos mentais característicos do pensamento crítico.

De forma similar, Isem (1999) afirma que o profissional necessita adquirir habilidades relacionadas à capacidade de analisar criticamente o contexto da prática, à de converter situações-problema em foco investigado, ao conhecimento a respeito da metodologia de pesquisa: desenho do estudo, análises de confiabilidade, custo-benefício. Tem-se, ainda, que o enfermeiro deve ter a capacidade de associar os achados científicos ao seu contexto de prática e implementar as modificações necessárias. Portanto, deve ser desenvolvido o raciocínio clínico.

O raciocínio clínico é um processo cognitivo complexo de resolução de problemas clínicos. A habilidade necessária a esse raciocínio envolve fatores como a complexidade da situação apresentada, características do diagnosticador e natureza da disciplina. As principais habilidades para o diagnosticador incluem o conhecimento clínico e científico, experiência clínica e o desenvolvimento cognitivo (CORREA, 2003).

Rea-Neto (1998) realizou um estudo para expor as fases e os principais constituintes do processo cognitivo do Raciocínio Clínico (método hipotético-dedutivo). Ao identificar os constituintes, fica clara as habilidades que se fazem necessárias para o desenvolvimento do Raciocínio Clínico destacando-se:

- capacidade de obter informações relacionadas ao problema de saúde do paciente;
- deve ser capaz de gerar hipóteses diagnósticas em relação ao problema de saúde apresentado;



- aptidão para repensar nas hipóteses geradas anteriormente. As hipóteses são eliminadas e substituídas por novas, sem serem alteradas ou modificadas ao longo da avaliação clínica;
- capacidade de realizar o teste das hipóteses diagnósticas para a escolha que melhor responde ao problema de saúde do paciente;
- realizar a decisão diagnóstica e aplicá-la;
- incrementar um plano de educação individualizado ao paciente;
- monitorar os efeitos da aplicação da decisão diagnóstica.

Para Almeida *et al* (2011) o enfermeiro deve ser capaz de identificar o problema, reunir dados para análise das causas e das consequências do problema, realizar a investigação de soluções alternativas, avaliar as alternativas, selecionar a solução mais adequada, implementar aquela que foi escolhida e avaliar os resultados obtidos.

Pode-se observar que nos dois métodos, Prática Baseada em Evidências e Raciocínio Clínico, existe inferências a habilidade cognitiva e ou intuitiva. Um estudo realizado por Silva (2003) evidencia que os profissionais da enfermagem acreditam que a intuição é “adquirida nas experiências marcantes” e é “um processo natural”. Porém, a autora verificou que esses profissionais não se baseiam somente nas intuições, mas buscam evidências clínicas para apoiá-las, seja nos prontuários, junto à colegas de serviço ou familiares

Outros autores, Neves e Pazin-Filho (2008) demonstram o mesmo modelo hipotético-dedutivo de forma mais sucinta. Ressalta que é extremamente importante o treinamento dos profissionais de saúde nos processos cognitivos que auxiliam na tomada de decisão, pois é uma forma de diminuir a ocorrência de erros na área da saúde. O profissional deve ter a habilidade de conseguir adquirir dados do paciente, representar o problema clínico através da formulação de hipóteses diagnósticas (acontece muitas vezes intuitivamente), realizar o teste das hipóteses diagnósticas e aplicar os resultados encontrados.

De forma geral, existem habilidades que encontram-se presentes em qualquer método utilizado para a Tomada de Decisão. A Comunicação e a Autonomia são constantes no processo decisório. Para Campos e Graveto (2009) a autonomia é a capacidade de agir intencionalmente sem influências externas. A comunicação é a capacidade de transmitir mensagens e interpretar seu significado.

Para ter autonomia, além de outras habilidades, é fundamental ter conhecimento (habilidades cognitivas) e habilidades relacionais. Portanto essas habilidades são fundamentais para a tomada de decisão de forma efetiva.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do levantamento bibliográfico, foi possível identificar uma grande escassez de publicações que abordam o tema. É um tema relativamente novo que ainda exige muitos estudos.

As principais habilidades detectadas para a tomada de decisões na enfermagem foram: desenvolver o raciocínio clínico e a prática baseada em evidências, autonomia, comunicação e treinamento de processos cognitivos. Dessa forma, pode-se observar que para desenvolver a competência de tomada de decisões, o enfermeiro(a) deve adquirir um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que o conduzem nas decisões “ideais”. Os profissionais da enfermagem devem ser capazes de formular uma pergunta a partir do problema clínico do paciente e responde-lo através da literatura disponível. Deve ainda ser capaz de desenvolver a autonomia, a comunicação e habilidades cognitivas a fim de realizar o modelo hipotético-dedutivo.

Os obstáculos encontrados para o desenvolvimento dessas habilidades referem-se a falta de evidências disponíveis, alguns profissionais tomam decisões de forma arbitrária influenciadas pela experiência adquirida e a falta de uma disciplina nos cursos de graduação que aborde o tema. É importante que as universidades utilizem métodos didáticos que capacitem os estudantes a pesquisar e criticar as informações científicas, e possibilite o desenvolvimento das capacidades cognitivas, contribuindo dessa forma para o desenvolvimento das habilidades necessárias capazes de resultar na melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Para diminuir a possibilidade de erros, é imprescindível que seja realizado o treinamento dos profissionais da enfermagem nos processos cognitivos que auxiliam a tomada de decisão.

Para a afirmação da enfermagem como ciência é imprescindível que a prática seja alicerçada na competência da tomada de decisão, baseada no pensamento crítico e sustentada pelas melhores evidências científicas, enquanto requisito para a coordenação de processos de cuidar. Espera-se que esse estudo possa despertar o interesse nos profissionais de enfermagem em realizar pesquisas relacionadas ao tema e que possa refletir na qualidade da assistência oferecida ao paciente.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, p.131-137, 2011.
- ALMEIDA JUNIOR, A. et al. Parecer CFE nº 977/65, aprovado em 3 dez. 1965. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 30, Dec. 2005 .
- ANSOFF, I. **A nova estratégia empresarial**. São Paulo: Atlas, 1990.
- ARNDT, C.; HUCKABAY, L. **Administração em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1983.
- BACKES, M. T. S. et al. O processo decisório no trabalho em enfermagem. **Revista Técnica – Científica de Enfermagem.**, v. 1, n.6, p.406 -413, 2003.
- BEZERRA, I. M. **Assistência de enfermagem ao ostomizado intestinal: revisão integrativa de literatura**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.
- BEYEA, S. C.,NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN J**. v.67, n.4, p.877-880, 1998.
- BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996.
- CAMPOS, D. C. F.; GRAVETO, J. M. G. N. The role of nurses and patients involvement in the clinical decision-making process. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2009, nov/dez, v.17, n.6, p.1065-1070.
- CARNEVALI, D. L.; THOMAS, M. D. Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1993. Apud CORREA, C. G. **Raciocínio clínico: o desafio de cuidar**. São Paulo, USP, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.
- CERULLO, J. A. S. B. **Cuidar de si, cuidar do outro** – programa de aprimoramento do raciocínio clínico. São Paulo, USP, 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.
- CIAMPONE, M. H. T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- CORREA, C. G. **Raciocínio clínico: o desafio de cuidar**. São Paulo, USP, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.
- CRUZ, D. A. L. M. **A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: sua influência no processamento de informações por alunos de graduação**. Tese

(Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1995.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev Latino-am Enfermagem**, n.13, v.3, p.415-422, 2005.

DIAZ, R. M. et al. Medicina Basada en la evidencia. **Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter**, n. 18, v. 2, 2002.

EI DIB, R. P. Como praticar a medicina baseada em evidências. **J Vasc Brasil**, Porto Alegre, v.6, n.1, 2007.

ENGEL, et al. **Comportamento do consumidor**. Trad. Christina Ávila de Menezes. 8.ed. Rio de Janeiro: LTC EDITORA, 2000.

FURUKAWA, P. O. Comparativo de personagens da história da enfermagem brasileira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**: v. 13, n.2, abr/jun, p. 402-405, 2009.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**: v.10, n.1, p.1-11, 1987.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3 ed. St Louis: Mosby: 1994.

HARRISON, E. F. The essence of management decision. **Management Decision**, v.38, n.7, p.462-469, 2000.

ISEM, M. T. I. La evidencia científica: estratégia para la práctica enfermeira. **Rev Rol Enfermera**, v.22, n.3, p.188-193, 1999.

JESUS, E.H. **A Decisão Clínica de Enfermagem**: Resumo da Investigação. Disponível em: <http://www.madinfo.pt/enfermagem/>. Acesso em: 26 dez. 2011.

KLEINDORFER, et al. **Decision sciences: an integrative perspective**. New York: Cambridge University Press, 1993.

LEONARD MK; CRANE MD; ORLANDO IJ. In: GEORGE, J. B. e cols. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARCH, J. C. Understanding how decisions happen in organizations. In: SHAPIRA, Z. **Organizational decision making**. 9 ed. New York: Cambridge University Press, 1997.

MARCH, J. C. **A primer on decision making – how decision happen**. New York: The Free Press, 1994.

MARCON, P. M. **O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Paraná, 2006.

MARQUIS, B. L. e HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. Tradução Regina Machado Garcez e Eduardo Schaan. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.

MEIER, M. J. et al. **Raciocínio Clínico: uma tecnologia instrumental para o cuidado em enfermagem**. Disponível em: < <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.100.pdf> >. Acesso em: 26 dez. 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Txtos e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008, out/dez, v.17, n.4, p.758-764.

MINTZBERG, G. H. Planning on the left side and managing on the right. **Harvard Business Review**, p. 49-58, jul/ago, 1976.

MONTES, M. L.; LEIGHTON, M. C.; CAMUS, D. C. La Noción de competencia y su rol en las decisiones clínicas. **Boletín Escuela de Medicina**, n. 27, p.14-16, 1998.

NEVES, F. F.; PAZIN-FILHO, A. Raciocínio Clínico na sala de urgência. **Medicina: Ribeirão Preto**, n. 41, v.3, p.339-346, 2008.

PADILHA, M. I. C. S. et al. A produção da pesquisa histórica vinculada aos programas de pós-graduação no Brasil, 1972 a 2004. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, dez. 2007.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza et al. Uma história de sucesso: 30 anos da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. spe, 2006.

PAIVA, W. P. **Avaliação de habilidades para a tomada de decisão em administração de empresas: um estudo descritivo com alunos de graduação da FEA-USP**. Dissertação (Mestrado em Administração) Faculdade de Administração, Economia e Ciências Contábeis, Universidade de São Paulo, 2002.

PIRES D. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Editora Papa-Livros, UFSC, 1999.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUELOPANA, E. M. **Conhecimento e decisão: um estudo sobre a relação entre o conhecimento e a qualidade de decisão**. Dissertação de mestrado apresentado à Universidade de São Paulo. São Paulo: FEA/USP, 2003.

RADWIN, L.E. Knowing the patient: a process model for individualized inter-ventions. *Nurs Res*, v.44, n.6, p.364-370, 1995. Apud CORREA, C. G. **Raciocínio clínico: o desafio de cuidar**. São Paulo, USP, 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

REA-NETO, A. Raciocínio Clínico – processo de decisão diagnóstica e terapêutica. **Rev Ass Med Brasil**, v.44, n.4, p.301-311, 1998.

SIMON, H. A. **The new Science of management decision**. New York: Harper and Brothers Publishers, 1960.

SIMON, H. A. A behavioral model of rational choice. **Quarterly journal of economics**, v.69, p.99-118, 1955.

SILVA, A. L. Habilidade intuitiva no cuidado de enfermagem. **Rev Latino am enferm**, v. 11, n. 4, jul/ago, p.429-435, 2003.

SOLINO, A. S., AOUAR, W. A. O processo de tomada de decisões estratégicas: entre a intuição e a racionalidade. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.80, n.3, jul/set., 2001.

STELER, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs Res**. v.11, n.4, p.195-206, 1998.

THOMAZ, J. P. C. F. **Concepção de um modelo multicritério de apoio à decisão**. Dissertação de mestrado apresentado à Universidade Lusíada. Lisboa: Portugal: 2000.

TREVIZAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n.4, out./dez, p.204-209, 1987.

VALE, E. G.; GUEDES, M. V. C. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem á luz das diretrizes curriculares nacionais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.4, p.475-478, 2004.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, v.52, n. 5, p. 546-553, 2005.

