

ANÁLISE CRÍTICA DO PROCESSO DECISÓRIO DE ENFERMAGEM *

** Isabel Amélia Costa Mendes
** Emilia Luigia Saporiti Angerami
** João Carlos Pedrazzani

RBen/07

MENDES, I.A.C. e colaboradores — Análise crítica do processo decisório em enfermagem.
Rev. Bras. Enf.; DF, 30 : 404-411, 1977.

INTRODUÇÃO

A maior responsabilidade da enfermagem como profissão é prover o tipo e a qualidade de assistência de enfermagem que a sociedade necessita. Através da literatura verifica-se que as funções de enfermagem estão se modificando e tornando-se mais complexas; as atividades necessárias para a execução destas funções têm sido cumulativas e abrangem uma vasta extensão, variando entre atividades simples e rotineiras até aquelas que são extremamente complexas.

As funções consideradas complexas são de competência exclusiva do enfermeiro porque demandam, para a sua execução, julgamento, habilidade e perícia. O desenvolvimento da qualidade de julgamento requer a utilização de conhecimentos pertinentes ao problema e estes

são adquiridos através de estudo e experiência.

MONTAG⁹ atribui uma função única ao enfermeiro, função esta composta, dentre outras, das seguintes atividades: 1) Identificação ou diagnóstico dos problemas de enfermagem e o reconhecimento de seus vários aspectos correlacionados; 2) Decisão sobre a ação de enfermagem a ser tomada para a resolução do problema.

A enfermagem é considerada como uma profissão cujas funções estão embasadas na análise constante das necessidades humanas básicas; assim sendo, a tomada de decisão é tida como um aspecto fundamental do processo de enfermagem.

GRIER⁴ define o processo decisório como a escolha de uma ação dentre uma série de alternativas e afirma que a decisão deve ser tomada depois do

* Trabalho premiado com a "Medalha Edith de Magalhães Fraenkel" — 1977.

** Docentes do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

diagnóstico de enfermagem e da seleção da ação de enfermagem que atenderá às necessidades afetadas. Recomenda ainda que se focalize a atenção em três variáveis relativas à assistência de enfermagem: 1) ações de enfermagem passíveis de execução; 2) resultados destas ações; 3) o objetivo da assistência ao paciente que as ações devem atingir.

A habilidade para desenvolver alternativas é considerada por KOONTZ e O'DONNELL⁷ tão importante quanto a escolha acertada entre alternativas; habilidade, pesquisa e perspicácia são requisitos necessários para que se possa ter a certeza de que as melhores alternativas foram consideradas, antes de se optar por um curso de ação.

ANGERAMI² encara o hospital como um grande sistema de tomada de decisões, onde o fluxo de informações tem a finalidade de proporcionar os elementos para as deliberações a serem tomadas.

O indivíduo mais valioso para a instituição é, segundo CHAVES³, aquele capaz de tomar as melhores decisões no tempo mais curto e com menor custo; isto é, aquele que necessita menor número de informações.

No processo decisório deve-se levar em consideração risco, valor, conseqüência e meios para atingir o objetivo.

O prontuário do paciente tem sido considerado como uma fonte de análise da prestação de serviço ao paciente. A avaliação da assistência prestada é feita através da análise das ações de enfermagem executadas, com o objetivo de levar o indivíduo a adquirir o seu nível máximo de bem-estar. Analisando as anotações de enfermagem teríamos que considerar os seguintes passos: identificação do problema, julgamento, seleção de alternativas, ação proposta e executada e objetivo alcançado.

Considerando que em nossos serviços de saúde, especificamente na área de

enfermagem, atuam várias categorias de pessoal, procuraremos neste estudo avaliar o processo decisório em enfermagem através da análise dos seguintes aspectos:

1.º) Quem decide sobre as ações de enfermagem a serem tomadas?

2.º) Como decide e em que áreas das necessidades humanas básicas estão centradas as decisões?

3.º) Quando as decisões são tomadas?

METODOLOGIA

Selecionou-se, como área de trabalho, uma Unidade de Internação de um hospital-escola, composta de 59 leitos para atendimento de pacientes em clínica médica. As anotações de enfermagem que constavam no prontuário dos pacientes da referida Unidade foram transcritas diária e integralmente durante o período de trinta dias.

Pelo fato de tratar-se de um hospital-escola, a coleta de dados foi efetuada num mês de férias escolares para evitar a interferência do ensino nas anotações de enfermagem. O pessoal de enfermagem atuante num rodízio de quatro plantões esteve assim composto: 6 Enfermeiros, 1 Técnico de Enfermagem, 9 Auxiliares de Enfermagem e 17 Atendentes.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO — Foram incluídas no estudo todas as anotações de enfermagem efetuadas pelo pessoal daquela Unidade de Internação, excluindo-se, conseqüentemente, aquelas realizadas por pessoal de outras Unidades por ocasião de transferência temporária do paciente, ou efetuadas, na própria Unidade, por pessoal de serviços afins. Excluiu-se ainda as anotações que não continham assinatura e aquelas com assinatura ilegível, por impossibilidade de categorização.

Das anotações de enfermagem levantadas, selecionou-se todas as que continham os passos do processo decisório (identificação do problema, julgamento e ação) de forma completa ou incompleta, excluindo-se, portanto, todas as atividades consideradas como rotina.

Os termos utilizados neste estudo foram definidos conforme se segue:

Identificação Completa — Uma anotação que contém todos os elementos que identificam o problema ou situação.

Identificação Incompleta — Uma anotação que não oferece subsídios que permitam a identificação completa do problema ou situação.

Ação Adequada — Uma ação que implica em um julgamento do problema identificado e que foi levada à termo com êxito, atingindo o objetivo.

Ação Inadequada — A ação tomada foi precedida de julgamento sem o estudo de alternativas; portanto, a ação envolve o risco do paciente com probabilidade de ocorrência de conseqüências positivas ou negativas.

Omissão — Quando houve identificação completa ou incompleta do problema, sem que houvesse uma ação correspondente.

RESULTADO E DISCUSSÃO

No passado media-se a qualidade da assistência prestada ao paciente com base na execução de tarefas de enfermagem prescritas em manuais de rotinas, normas hospitalares e prescrições médicas. Segundo TAYLOR¹¹, semelhantes critérios tem sido cada vez mais insignificantes no complexo sistema de atenção à saúde, porquanto espera-se dos enfermeiros que exerçam julgamentos e adotem decisões em novas situações para as quais não se encontra normas a serem seguidas.

A clientela tem exigido cada vez mais das profissões de saúde em termos de

qualidade e quantidade de assistência prestada.

O processo decisório tem sido considerado o ponto-chave dentro do sistema de saúde, e sendo o Serviço de Enfermagem um subsistema, é fundamental que se analise a sua ocorrência.

Embora tenha-se tentado insistentemente a aplicação do processo de enfermagem em nossas instituições de saúde, o que mais freqüentemente se encontra, como sistema de comunicação entre os membros da equipe, é o prontuário do paciente do qual consta uma folha, com espaço limitado, onde são registradas as anotações de enfermagem — é este o único meio que a enfermagem utiliza para informar sobre a assistência prestada ao paciente e, conseqüentemente, a única fonte disponível para a avaliação da eficiência e eficácia daquela assistência.

Com base nos resultados do estudo anterior¹, onde foram analisadas criticamente as anotações de enfermagem em relação a quem faz a anotação, o que, quando e como anota, neste trabalho estaremos analisando a trajetória do processo decisório em enfermagem, dentro da equipe de saúde e de enfermagem.

Das 2.783 anotações registradas pelas quatro categorias específicas de pessoal de enfermagem, 2.159 (77,57%) atendem à rotinas da Unidade de Internação: 388 (13,94%) incluem os passos do processo decisório e 236 (8,48%) foram consideradas como omissões por interromperem, em alguma etapa, a seqüência do processo decisório.

A distribuição numérica e percentual das decisões e omissões, por categoria, encontra-se na Tabela 1 que indica estarem as decisões e omissões, percentualmente, estabelecidas na seqüência: Técnico, Atendente, Auxiliar de Enfermagem e Enfermeiro. Este fato pode ser visualizado no gráfico setorial 1.

T A B E L A I

Distribuição numérica e percentual das decisões e omissões por categoria de pessoal de enfermagem

CATEGORIA	DECISÃO		OMISSÃO	
	n.º	%	n.º	%
Atendente	257	66,75	128	33,24
Auxiliar de Enfermagem	84	55,26	68	44,73
Técnico	15	78,94	4	21,04
Enfermeiro	32	47,05	36	56,94

Convém lembrar que o processo de análise proposto não visa avaliar o serviço prestado, uma vez que pode-se inferir que muito mais do que está registrado deve ter sido executado pelo Serviço de Enfermagem; entretanto, mais uma vez ressaltamos que as anotações de enfermagem constituem o único instrumento de avaliação objetivo que possuímos.

Em estudo anterior¹ atentamos para o fato de os enfermeiros não estarem dando a devida importância para as anotações de enfermagem, talvez por desconhecimento do valor e validade que representam na atualidade, quando tanto tem sido discutido e solicitado o controle de qualidade.

A qualidade da atuação da enfermagem é influenciada, de acordo com KURCGANT², por diversos fatores, sendo que a formação profissional e o número de pessoal profissional e não profissional devem ser considerados. PAIM¹⁰ afirma que, de imediato, não podemos dispensar a anotação de 60% do pessoal que milita nas equipes de enfermagem sem a desejável qualificação.

Procurando manter o foco de atenção deste estudo — o Processo Decisório — que a nosso ver constitui-se função única e exclusiva do enfermeiro porquanto só ele possui os instrumentos básicos necessários, quais sejam: conhecimento

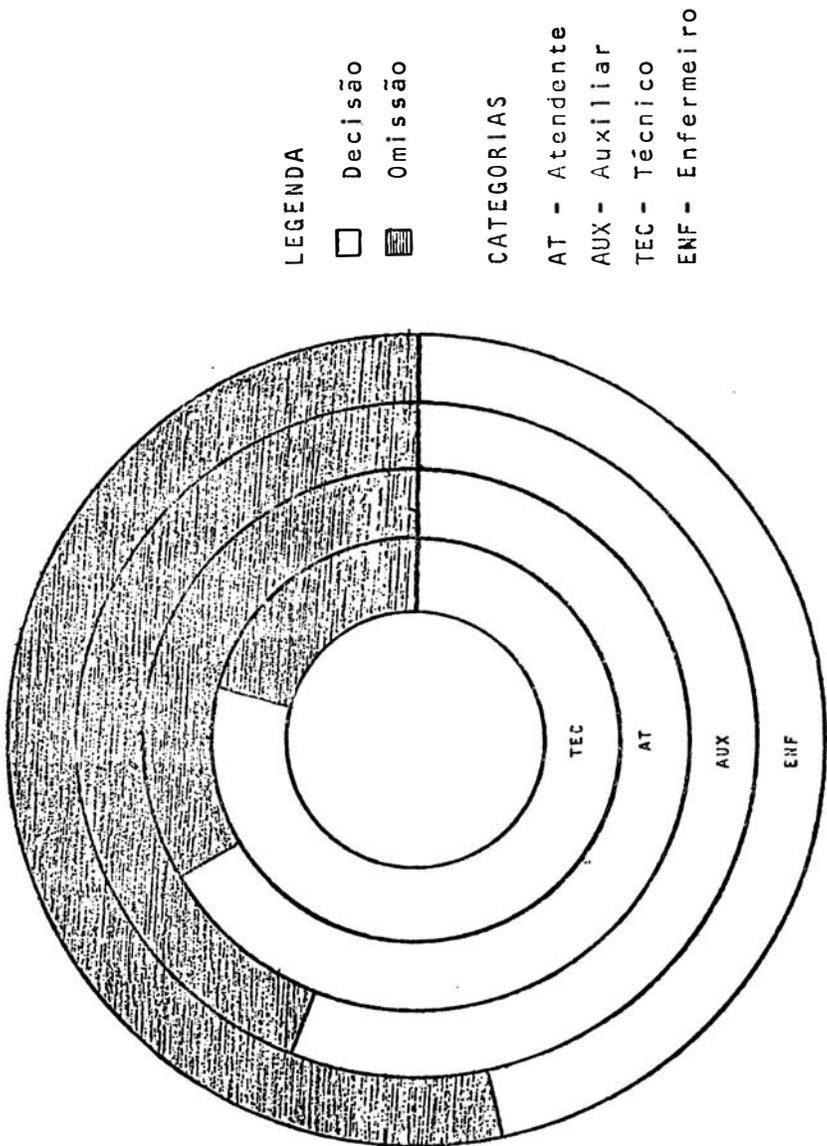
científico, experiência e habilidade, nosso estudo mostra que as decisões estão sendo tomadas na sua maioria por atendentes, técnicos e auxiliares de enfermagem e em menor escala pelo enfermeiro, ocorrendo exatamente o inverso do esperado.

Para que a ampliação da prática de enfermagem se torne realidade urge que os enfermeiros comecem a se preocupar com fatos como os descritos e assumam seu papel dentro da equipe de saúde, se quisermos nos firmar como profissão e merecer da comunidade o reconhecimento esperado. Enquanto estivermos omitindo a nossa atuação não encontraremos resposta para os nossos anseios.

Outro aspecto que deve ser analisado é que nossos serviços de saúde devem ter como meta a devolução do indivíduo à sociedade no seu nível máximo de bem-estar; isto só é possível no momento em que a atenção estiver voltada para o atendimento de suas necessidades básicas e não apenas para a execução de rotinas.

O processo decisório se inicia quando se questiona sobre soluções possíveis, uma vez o problema identificado. Da investigação e da análise sobre o problema é que o enfermeiro encontrará subsídios para selecionar a ação ou ações viáveis para a sua solução. A identificação do problema afeta diretamente o

GRÁFICO SETORIAL 1: Decisões e omissões relativas às quatro categorias de pessoal de enfermagem.



tipo de alternativa que gera a solução — a natureza do problema influencia o número, o tipo e a qualidade das alternativas.

Através dos dados apresentados na Tabela 2, da qual estão excluídas as rotinas, verificamos que a identificação do problema — passo inicial do processo decisório — apresenta-se de maneira completa e incompleta para todas as categorias de pessoal de enfermagem. A identificação incompleta gera alternativas de ação que podem ser eficazes ou não.

Um aspecto bem evidente nesta tabela é que tanto as Identificações como as Ações para todos os níveis estão centradas no atendimento das necessidades da área psico-biológica; destas, assume o aspecto preponderante a Necessidade de Percepção Sensorial, onde está incluído o problema dor. A identificação deste problema origina-se a partir da solicitação do paciente e o atendimento desta necessidade, ou seja a ação correspondente, decorre totalmente da prescrição médica de um analgésico; portanto não se verificou estudo de alternativas como seria de se esperar.

Percebeu-se a pobreza de julgamento que limitou a ação ao atendimento de prescrições médicas ou ainda à solicitações do médico plantonista para que solucionasse o problema. Considerou-se esta atitude como ação adequada para o Atendente, alertados que estávamos para o aspecto do preparo profissional. Não obstante, a análise seqüencial da quantidade de medicamentos utilizados nos faz ponderar, também, sobre o aspecto de segurança do paciente — tanto na possibilidade do desenvolvimento de dependência medicamentosa, quanto no risco de sua integridade física.

Na análise das observações registradas pelo atendente e consideradas por nós como Identificações Completas, levou-se em consideração novamente o preparo do Atendente de quem não se pode exi-

gir uma descrição precisa dos sintomas e a utilização de terminologia adequada; portanto, aceitou-se como completas as que permitiram a identificação do problema. Exemplificando: Um Atendente observou que nas fezes eliminadas por um paciente havia um verme, fez a anotação e completou a ação guardando-o em um recipiente — consideramos como identificação completa e ação adequada. Do enfermeiro, no mesmo caso, espera-se que identifique o verme e saiba prever os sinais e sintomas que advêm da infestação e prescreva ações que solucionem o problema a nível de paciente, família e comunidade.

KING⁶ atenta para o fato de que a diferença no preparo das categorias de pessoal de enfermagem reside em sua capacidade de julgamento, proposição e predição de sua ação. Espera-se, pois, que o enfermeiro trace o seu plano de trabalho com objetivos definidos e ações que respondam ou levem a atingir estes objetivos, embasados em sua predição.

A categoria que realizou maior número de Identificações é o Atendente, seguido pela Auxiliar, Enfermeiro e Técnico. Não se observa diferença quanto à área das necessidades básicas atendidas pelas quatro categorias — todos estão centrados na área psicobiológica, sendo omitidas as áreas psico-social e psico-espiritual, tanto no aspecto Identificação quanto no aspecto Ação.

Se considerarmos o ser humano como um todo, claro está que as três áreas devem merecer atenção, principalmente por parte do enfermeiro.

Tão perigoso quanto à ação inadequada deve ser considerada o risco, para o paciente, de se omitir uma ação, especialmente em se tratando do Enfermeiro como sendo o que mais omite (Tabela 1), deixando que as outras categorias assumam a sua função principal e exclusiva. Mais uma vez estamos delegando nossas funções.

TABELA 2
 ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM RELATIVA ÀS NECESSIDADES BÁSICAS, EFETUADAS RELAS 4 CATEGORIAS
 DE PESSOAL E CLASSIFICADAS SEGUNDO IDENTIFICAÇÃO, AÇÃO E OMISSÃO

NECESSIDADES BÁSICAS	CATEGORIA PROFISSIONAL																							
	ATENDENTE				AUXILIAR				TÉCNICO				ENFERMEIRO											
	Identificação C	**I	**A	**I	Identificação C	I	A	I	Ação A	Omissão O	Identificação C	I	A	I	Ação A	Omissão O	Identificação C	I	A	I	Ação A	Omissão O		
Oxigenação	9	2	4	1	6	4	4	2	-	6	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	
Hidratação	-	-	-	-	-	-	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nutrição	15	28	7	4	32	8	4	1	2	9	2	-	2	-	-	2	1	1	-	-	1	-	2	
Eliminação	23	5	12	2	14	5	5	5	-	5	1	-	-	-	1	7	-	-	-	-	1	-	6	
Sono e repouso	8	7	1	1	13	1	3	1	-	3	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	2	
Integridade física	6	6	4	1	7	6	2	3	2	3	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	3	-	1	
Regulação térmica, circulatória, eletrolítica, neuro-hormonal	60	12	46	10	16	16	4	11	4	5	3	-	3	-	-	9	3	7	1	4	-	-	4	
Percepção sensorial	114	49	96	39	28	28	32	23	9	28	5	6	8	1	2	23	3	8	3	15	-	-	15	
Conforto e segurança física	7	4	6	-	5	6	2	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Terapêutica	10	4	8	7	3	6	5	3	9	2	1	-	1	-	-	6	1	4	1	3	-	-	3	
Segurança emocional e social	8	1	4	1	4	3	3	2	-	4	-	-	-	-	-	2	1	1	1	1	-	-	1	
Comunicação	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Sub-total	263	118	191	66	128	83	66	54	30	68	13	6	14	1	4	56	11	25	7	36	-	-	-	36
Total	381		257		128	149		84		68	19		15		4	67		32						36

*C-Completa **I-Incompleta **A-Adequada **I-Inadequada

Utilizando a teoria homeostática o enfermeiro teria três níveis de atuação: Monitor, Regulador e Comparador; o processo decisório seria atingido no momento em que o enfermeiro funcionasse como Comparador.

Segundo JACKSON⁵, para que a prática de enfermagem venha a ter seu verdadeiro sentido dentro do sistema de atenção à saúde deve basear-se num enfoque de tomada de decisões sobre as Necessidades Humanas Básicas que levem o indivíduo à cura. A prática ampliada exige um interesse crítico relacionado com: juízo clínico, as formas como se tomam as decisões ou se propõem as alternativas e o exame das conseqüências das decisões em benefício do ser humano.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A análise da trajetória do processo decisório dentro da equipe de enfermagem indica estarem as decisões e omissões percentualmente estabelecidas na

seguinte seqüência: Técnico, Atendente, Auxiliar de Enfermagem e Enfermeiro.

As identificações dos problemas e as ações correspondentes estão centradas no atendimento das necessidades da área psicobiológica — para as quatro categorias, atendendo a prescrições médicas e à solicitação do paciente, denotando pobreza de julgamento, de proposição e de predição sobre as ações, especificamente para o Enfermeiro.

Sugerimos que:

— O ensino fundamentado no método de resolução de problemas seja implementado nos currículos de enfermagem;

— Sejam ministrados cursos de atualização com ênfase no método de solução de problemas com o objetivo de familiarizar os profissionais com as novas terminologias em enfermagem e com o papel ampliado que devem assumir dentro do sistema de saúde;

— Que os enfermeiros sejam conscientizados da importância do registro das identificações e ações de enfermagem para a avaliação do serviço prestado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGERAMI, E. L. S.; MENDES, I. A. C.; PEDRAZZANI, J. C. — Análise Crítica das Anotações de Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.* 29 (4): 28-37, 1976.
2. ANGERAMI, E. L. S. — Estudo epidemiológico da temperatura corporal em pacientes internados em um hospital-escola. (Tese de Livre-Docência apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), 1977.
3. CHAVES, M. M. — *Saúde e Sistemas*. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1972.
4. GRIER, M. R. — Decision Making about patient care. *Nurs. Res.*, 25 (2): 105-110, 1976.
5. JACKSON, M. M. — La Aplicación de la profesora de enfermeira. In: Sana, J. M. & JUDGE, R. — *Métodos para el examen físico em la practica de enjermeria*. OPAS/OMS — Cali, 1977.
6. KING, I. M. — *Toward a theory for nursing*. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1971.
7. KOONTZ, H. & O'DONNELL, C. — *Princípios de Administração*. Trad por Albertino Pinheiro Jr. e Ernesto D'Orsi. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, Vol. I, 1969.
8. KURCGANT, P. — Auditoria em Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, 29 (3): 106-124, 1976.
9. MONTAG, M. L. — *The Education of Nursing Technicians* — New York John Wiley & Sons, Inc., 1971.
10. PAIM, L. — Plano Assistencial e Prescrições de Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, 29 (3): 66-82, 1976.
11. TAYLOR, J. W. — Medición de los resultados de la atención de enfermería. *Clinicas de Enfermeiras de Norte America*. Ed. Interamericana, junio 1974.