

PROCESSO DECISÓRIO NA ENFERMAGEM EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO — UM ESTUDO PRELIMINAR

*Alacoque Lorenzini Erdmann **
*Ana Palma Souza Camargo **
*Lourdes Torres de Cerqueira ***

ERDMANN, A. L.; CAMARGO, A. P. S.; CERQUEIRA, L. T. de. Processo decisório na enfermagem em Hospital Universitário — um estudo preliminar. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 18(1):65-76, 1984.

Este trabalho apresenta os resultados obtidos no primeiro de uma série de estudos sobre o Processo Decisório na Enfermagem. As observações aqui descritas prendem-se às decisões automáticas e deliberativas, tomadas por enfermeiros, quando da prestação de cuidados de enfermagem a pacientes internados num Hospital Universitário.

INTRODUÇÃO

A prática da enfermagem hospitalar é, em geral, realizada em um escalonamento clássico, que corresponde a: assistência direta a pacientes, gerência de Unidades de Enfermagem, gerência de Serviços mais amplos tais como os Serviços de Pacientes Externos ou de Pacientes Internos e, finalmente, Direção ou Administração do Serviço de Enfermagem como um todo.

A existência deste escalonamento clássico coloca este trabalho, por sua limitação às decisões tomadas a nível operacional, centrado em atividades ou tarefas voltadas principalmente para a eficácia das ações produzidas sobre o produto (produto considerado, aqui, o processo de assistência); e todas voltadas para o ambiente interno da organização.

Um outro elemento que parece importante levantar nesta introdução é a *realidade conhecida* de que são poucos ainda os Serviços de Enfermagem estruturados, que assumem o compromisso de estabelecer a sua prática de enfermagem a partir da proposta do Modelo Teórico do Processo de Enfermagem. Se a prática ainda não é comum com relação à teoria, a *verdade conhecida* é de que a maioria a considera uma atividade profissional de enfermagem, positiva, aceita e desejável, que deverá

* Enfermeira. Mestre do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

** Enfermeira. Livre Docente, Professora Visitante, nível A, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

tornar-se uma realidade. Como evidência, temos que o ensino do desenvolvimento do Processo de Enfermagem faz parte do conteúdo curricular da maioria, se não de todas as Escolas e Cursos de Enfermagem existentes no Brasil: HORTA e outros autores^{8,1,2,9}, apresentam estudos sobre modelos aplicados, observações da prática de enfermagem em sua realidade e propostas de mudanças a partir da adoção do Processo.

Os autores deste trabalho procuraram identificar uma relação entre a Administração e a Enfermagem, nos aspectos em que uma e outra contribuem para a conceituação do Processo Decisório e do Processo de Enfermagem, a partir de momentos históricos do desenvolvimento dos papéis de que Enfermeiros e Administradores são investidos. É neste sentido que alguns marcos conceituais são abordados.

A primeira parte desta introdução enfoca os papéis do administrador e do enfermeiro, como se interligam e as mudanças neles ocorridas.

A segunda parte aborda sumariamente um enfoque sistêmico de organização, na qual são delineados aspectos que vão servir como cenário para a terceira parte, onde são vistos alguns conceitos sobre o Processo Decisório desenvolvido pelos enfermeiros, quando envolvidos na assistência de enfermagem prestada a pacientes internados.

Uma peça fundamental do Processo de Enfermagem está centrada na capacidade do Enfermeiro de julgar e tomar decisões; como este capitaliza a tomada de decisões na tentativa de satisfazer as necessidades humanas básicas, para que, assim, a principal característica de seu papel o distinga, como profissional, dos demais elementos que compõem a equipe de enfermagem, o problema definido para este trabalho é o de conhecer e quantificar decisões tomadas por enfermeiros ao identificar necessidades afetadas e prescrever cuidados de enfermagem para pacientes internados.

1. Os papéis do administrador e do enfermeiro

Em sua análise da administração e do administrador, DRUCKER⁵ comenta que o papel clássico e histórico do administrador era de “alguém responsável pelo trabalho dos outros”. Se o enfermeiro brasileiro era e é colocado como o elemento responsável pelo trabalho dos demais elementos da equipe de enfermagem, foi consequência histórica e natural que este profissional fosse identificado mais como o administrador dos cuidados prestados do que como o fundamental executor da prestação de assistência.

Se os enfermeiros são ou não tomadores adequados de decisões administrativas, não é do âmbito deste trabalho. O fato é que o fazem.

O “continuum” histórico levou à modificação do papel básico do administrador e autores, como SIMON¹³, afirmam que “administrar é decidir”, e ANSOFF³, corroborando esta afirmação, diz que a tomada

de decisões numerosas e variadas constitui grande parte da carga diária do trabalho de um administrador.

Este novo papel também é assumido pelos enfermeiros, agora embaixados não apenas nas decisões administrativas que por eles são tomadas, mas também nas decisões sobre a assistência que o Processo de Enfermagem trouxe para sua prática profissional.

O papel de enfermeiro/administrador é desempenhado por grande maioria dos enfermeiros atuando em hospitais.

Sendo o hospital uma das organizações complexas, alguns conceitos sobre um modelo organizacional que a ele se aplica serão tratados a seguir.

2. A organização

De todos os modelos organizacionais propostos, nossa escolha recaiu sobre o modelo sócio-técnico de TAVISTOCK, citado por CHIAVENATO⁴. Neste a organização pode ser entendida como um sistema aberto, composto por elementos sociais e técnicos, de onde se originam as idéias de que o desenvolvimento organizacional implica no reconhecimento de que três subsistemas ou elementos principais interagindo entre si: o *sistema técnico ou de tarefas*, também chamado de tecnologia; o *sistema gerencial ou administrativo*, também chamado de processo; e o *sistema humano ou pessoal-cultural*, também chamado de valores.

É na composição do elemento gerencial ou administrativo (processos) que são encontrados a estrutura organizacional, a política, as normas e procedimentos, o sistema de recompensas e punições, as maneiras pelas quais as decisões são tomadas e outros instrumentos administrativos que facilitam o processo administrativo. É neste sistema aberto que a organização recebe suas demandas, que devem ser operacionalizadas em um meio ambiente em constantes mudanças.

No sistema administrativo fica a responsabilidade pelo desenvolvimento da organização e dos seus processos de tomada de decisão. A interação do sistema técnico e social é otimizada na medida em que eles trabalham orientados pelos e para os objetivos e metas estabelecidas.

As organizações podem ser encontradas em diferentes estados de desenvolvimento. Pressupõe-se que o estado desejável é o de auto-renovação ou de constante aprendizagem, onde mecanismos de exame de seus processos sociais e de planejamento estão institucionalizados. Os textos, em alegoria muito adequada para nós, referem-se à *saúde organizacional* como uma resultante destes estados de desenvolvimento.

Certas condições são básicas no desenvolvimento organizacional. Citamos algumas: tomada de decisões; criatividade e flexibilidade nas realizações; comprometimento dos membros da organização com os objetivos e metas da mesma. Por sua vez, cada uma destas condições apresenta suas próprias condições.

Para a condição básica de que trata este trabalho — tomada de decisão — a sua própria condição é a de que as decisões sejam tomadas com base em informações válidas.

Decidir indica proceder a um julgamento ou resolver-se por determinada ação, curso ou caminho. A tomada de decisão envolve a escolha consciente de comportamentos alternativos, rumo à coordenação das atividades de uma organização.

3. Processo decisório na enfermagem

Em sua universalidade, as decisões podem ser tomadas de forma automática, por atos reflexos ou por reações; quer instintivas quer impulsivas; ou, ainda, de forma programada, com hábitos de procedimentos operacionais padronizados ou não e, finalmente, com programas “computacionais”.

KAST & ROSENWEIG ⁷, referindo-se à tarefa administrativa, dizem que “a volumosa literatura relativa à tomada de decisão parece fluir de dois pontos de vista básicos, o descritivo e o prescritivo, e organizar-se em três níveis de interesse relativos à decisão em si, à pessoa que decide e ao processo empregado”.

Os mesmos autores, quando se voltam para a abordagem sistêmica, dizem que nos sistemas ambientais abertos, em que o tomador de decisões mantém interação contínua com o ambiente e em que a entrada de informações provém de várias fontes e tornam-se parte do processo, as tomadas de decisões são *não programáveis* e baseiam-se em julgamento; e que nos sistemas ambientais fechados, aplicam-se processos programáveis e/ou computacionais.

Vários autores ^{1,4,7} estão de acordo de que o processo decisório abrange os seguintes passos:

1. reconhecimento do problema — descrição e causa(s) provável(eis);
2. indicação de alternativas para solução;
3. análise das alternativas — resultado esperado, probabilidade de resolver o problema, importância de cada alternativa, possíveis problemas decorrentes de cada alternativa que possa ser escolhida;
4. escolha e execução da melhor alternativa; e
5. avaliação dos resultados.

Assim colocado, o Processo Decisório fica diretamente vinculado à solução de problemas. Entretanto, quando a ótica é dirigida para a resolução de problemas como atividade, KAST & ROSENWEIG ⁷ alertam que várias formas são utilizadas, desde o apelo ao sobrenatural, até o apelo à autoridade tradicionalmente mais respeitável e à insti-

tuição; o bom senso; a pura lógica ou mesmo o processo científico; muitas tentativas podem abranger a combinação de mais de uma destas formas.

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

O prontuário do paciente tem sido considerado como uma fonte de análise das ações de enfermagem executadas com o objetivo de levar o indivíduo a adquirir o seu nível máximo de bem-estar.

ANGERAMI et alii¹ consideram a enfermagem 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.

De acordo com Jackson, citado por MENDES et alii⁸, para que a prática de enfermagem venha a ter seu verdadeiro sentido dentro do sistema de atenção à saúde, deverá basear-se num enfoque de tomada de decisões sobre as Necessidades Humanas Básicas.

Segundo ORLANDO¹⁰ as ações de um enfermeiro podem ser automáticas ou deliberativas. *Automáticas*, são as ações *decididas* de acordo com outras razões que não a necessidade imediata do paciente; e ações *decididas deliberadamente* são as que identificam ou satisfazem a necessidade imediata do paciente. Em suma, se as atividades são desempenhadas sem exploração das necessidades do paciente ou sem consideração sobre como elas influenciam o paciente, elas constituirão um processo automático. Se o inverso for verdadeiro, elas compreendem um deliberativo.

Ainda segundo a mesma autora, o processo automático de atividade é ineficaz na ajuda ao paciente por uma das seguintes razões ou por todas elas: 1) é determinado por outras razões que não o significado do comportamento do paciente e a necessidade não satisfeita que deu origem a este; 2) não permite que o paciente deixe o enfermeiro saber como sua atividade o influencia; 3) não se relaciona com a necessidade imediata do paciente; 4) pode ocorrer porque o enfermeiro não está desimpedido para explorar a sua reação diante do comportamento do paciente; e, 5) o enfermeiro não está consciente de como sua atividade influencia o paciente.

Por outro lado, continua ORLANDO¹⁰, atividades desempenhadas deliberadamente são eficazes porque ajudam o paciente, pelas seguintes razões: 1) realizam-se depois que o enfermeiro conhece o significado do comportamento do paciente e a atividade específica indicada para satisfazer a sua necessidade; 2) a atividade é desempenhada de tal modo que o paciente é ajudado a informar ao enfermeiro como sua atividade o influencia; 3) a atividade específica indicada satisfaz à necessi-

dade do paciente e alcança o objetivo do enfermeiro de ter ajudado o paciente (se não o fez, determina-se uma nova atividade); 4) o enfermeiro está disponível para responder à necessidade de ajuda do paciente; e, 5) o enfermeiro sabe como sua atividade influencia o paciente.

O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente da proposta de ORLANDO¹⁰ pôde ser observado pelos autores deste trabalho em um Hospital Universitário que utiliza um método de assistência de enfermagem definido. Nele a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e o Processo de Enfermagem preconizados por Horta estão associados Modelo Weed de sistema de prontuário orientado para o problema¹².

Tais condições parecem ser favoráveis para se atingirem os objetivos deste trabalho, que são:

1. identificar o tipo de decisão tomada pelos enfermeiros no exercício da assistência de enfermagem aos pacientes internados nas Unidades de Clínicas Médicas Masculina, Feminina e Clínica Pediátrica, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

2. verificar quais das Necessidades Humanas Básicas são atendidas pelas decisões deliberativas tomadas por enfermeiros que atuam na assistência de enfermagem das Clínicas Masculina, Feminina e Pediátrica do Hospital Universitário.

METODOLOGIA

O universo do presente estudo compõe-se de anotações de enfermeiros registrados em 1.718 prontuários de pacientes, arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital Universitário (H.U.) da Universidade Federal de Santa Catarina.

Uma das características do Sistema Weed é a de que os registros em prontuários são efetuados somente por profissional de nível superior. No Hospital Universitário da UFSC, as anotações são feitas pelo enfermeiro, a partir de observações nem sempre diretas, ou por estudantes de enfermagem avaliados pelo supervisor.

Este total de prontuários corresponde ao número de altas de pacientes ocorridas no período de maio/82 a abril/83, sendo 479 na Clínica Médica Masculina (CMM), 554 na Clínica Médica Feminina (CMF) e 242 na Clínica Pediátrica (C Ped.).

Para a amostra, efetuou-se primeiramente uma relação dos números dos prontuários, por clínica e por mês, que foram ordenados pela sequência cronológica da alta. A partir desta relação adotou-se o sistema de amostra aleatória, utilizando-se a Tabela de Números Aleatórios para sorteio de 1 (um) prontuário de cada mês e de cada clínica, totalizando 36 prontuários. Quando eram encontradas reinternações, era considerada, para este estudo, a internação que correspondia à alta sorteada. As anotações dos enfermeiros estavam registradas conforme a metodolo-

gia adotada pelo H.U. sob os títulos de Histórico de Saúde, Plano Inicial, Prescrição e Evolução.

Nos 36 prontuários estudados foram obtidas 7.927 decisões registradas por enfermeiros, sendo as mesmas identificadas a partir de assinatura, carimbo e nº de COREn; foram elas classificadas em automáticas p_{DA} e deliberativas (p_{DD}), segundo a proposta de ORLANDO¹⁰.

A estimativa da proporção da população amostrada resultou em:

$$15,08\% \leq p_{DA} \leq 17,08\%$$

$$82,92\% \leq p_{DD} \leq 84,92\%$$

nível de significância de 1%.

A somatória do tempo de permanência dos 36 pacientes que entraram neste estudo é igual a 439 dias, o que leva à média de 18 decisões/dia/paciente, distribuídas em 2,9 decisões automáticas (DA)/dia/paciente e 15,1 decisões deliberadas (DD)/dia/paciente.

O número de enfermeiros lotados nas clínicas abordadas neste estudo era, em abril/83, igual a 18, sendo 6 enfermeiros em cada clínica.

O número de leitos por clínica, em abril/83, era de 47 na C Ped., 32 na CMM, e 24 na CMF, num total de 103 leitos.

A coleta de dados foi efetuada por duas das autoras. Utilizou-se como instrumento uma matriz tendo como elementos de entrada: número de registro, clínica, mês de alta, tempo de permanência e as decisões automáticas (DA) e decisões deliberativas (DD), distribuídas por 14 linhas correspondentes às diferentes Necessidades Humanas Básicas (NHB) que, por sua vez, foram subdivididas em 3 colunas para registro dos passos da tomada de decisões, sob os títulos de Identificação, Ação e Avaliação.

Não houve preocupação de coletar, individualmente, se à NHB identificada seguia-se uma ação e avaliação correspondente. Esta limitação implica que os números obtidos para decisões deliberadas são tratados de forma global, não seqüencial.

RESULTADOS E COMENTARIOS

Os dados obtidos no levantamento efetuado são apresentados a seguir, com seus resultados distribuídos em duas tabelas comentadas.

Das 7.927 decisões levantadas, 1.275 foram decisões automáticas, e 6.651 decisões deliberativas. Nas decisões deliberativas encontra-se maior frequência, 2.787, para a identificação da situação ou problema, seguindo-se de 2.134 ações implementadas e com menor frequência, as 1.731 avaliações.

Tabela 1 — Distribuição da frequência dos tipos de decisões tomadas por enfermeiros no exercício da assistência de enfermagem, no total de tempo de permanência dos pacientes, segundo as clínicas do HU-UFSC., Florianópolis, junho/83.

CLÍNICA	Total tempo de permanência	DECISÕES					TOTAL
		AUTOMÁTICAS	DELIBERATIVAS			Total	
			Identificação	Ação	Avaliação		
C Ped.	83	242	566	438	183	1.187	1.429
CMM	163	479	991	716	835	2.542	3.021
CMF	193	554	1.230	980	713	2.923	3.477
TOTAL	439	1.275	2.787	2.134	1.731	6.652	7.927

\bar{x} 18 decisões/dia/paciente

\bar{x} 2,9 decisões automáticas/dia/paciente

\bar{x} 15,1 decisões deliberativas/dia/paciente

A CMF foi a que apresentou maior número de decisões, 3.477, seguida pela CMM, com 3.021, e por último, C. Ped., com 1.429, o que está diretamente relacionado ao tempo de permanência dos pacientes.

Considerando-se o somatório total do tempo de permanência dos pacientes estudados, ou seja, 193 dias para CMF, 163 dias para CMM e 83 para C Ped., observa-se uma semelhança na distribuição destas frequências: CMF — 3.477 decisões deliberadas em 193 dias/paciente, dando a média de 18,1 DD/dia/paciente, CMM — 3.021 decisões deliberadas em 163 dias, média de 18,5 DD/dia/paciente, e C Ped. — 1.429 decisões deliberativas em 83 dias, média de 17,2 DD/dia/paciente.

As decisões automáticas que, na metodologia de assistência de enfermagem seguida pelo HU-UFSC são encontradas nas prescrições rotuladas por "Cuidados de Rotina", aparecem em menor frequência. Este resultado está mascarando um número mais elevado, por razão da pluralidade de ações de enfermagem que são englobadas como Rotina.

Quanto ao objetivo de verificar quais das NHB são atendidas pelas decisões deliberativas, tem-se na tabela 2 o demonstrativo dos resultados encontrados.

Assim, a NHB mais atendida foi a de eliminação, com 1.035 (15,6%) decisões das 6.652, seguidas das de oxigenação, com 857 de decisões (12,9%), de nutrição e hidratação, com 846 (12,7%), e de regulações, com 797 (12%). Por outro lado, a de menor frequência foi a de sexualidade, com apenas 4 (0,1%) decisões, seguida de ambiente, espaço físico e segurança física, com 26 decisões (0,4%).

Considerando o grupo de NHB parece ter havido atenção quase total para o grupo de necessidades psicobiológicas, ou seja, 5.934 decisões (89,2%) de 6.652. No grupo de psicossociais encontraram-se 705 (10,6%) e no de psico-espirituais e ética, apenas 13 decisões (0,2%).

Nota-se que o grupo de necessidades psicossociais envolve os aspectos relacionados a amor, aprendizagem, comunicação, recreação, segurança, gregária, lazer, orientação no tempo e espaço, aceitação, auto-estima, auto-realização, participação, auto-imagem, atenção e outros, os quais poderiam ser mais explorados pelos enfermeiros; e, da mesma forma, no grupo de psico-espirituais e ética, os aspectos como valores culturais, crenças, hábitos e costumes de vida, incluindo os hábitos e costumes religiosos, parecem ficar aquém da atenção devida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As decisões sobre a assistência de enfermagem prestada a pacientes internados no HU da UFSC, durante um ano de atividade, levantadas como estudo preliminar para verificação do Processo Decisório na enfermagem, mostram que:

1. decisões deliberativas, num total de 6.652 (83,9%) apresentam grande predominância sobre as decisões automáticas;

Tabela 2 — Distribuição da frequência das decisões delirativas relativas às Necessidades Humanas Básicas, segundo os passos do processo decisório e as Clínicas do HU, Florianópolis, 1983.

Necessidades Humanas Básicas		DECISÕES DELIBERATIVAS													
		Clínica de Pediatria		Clínica Médica Masculina		Clínica Médica Feminina		Clínica Médica Masculina		Clínica Médica Feminina		Total	%		
		Ident.*	Ação Aval.**	Total	Ident.	Ação	Aval.	Total	Ident.	Ação	Aval.	Total	Total	%	
1. Psicobiológicas															
	Oxigenação	76	74	15	165	133	129	102	364	98	154	76	328	857	12,9
	b - Nutrição e Hidratação	100	44	18	162	135	40	141	316	142	103	123	368	846	12,7
	c - Eliminação	139	45	26	210	200	56	154	410	219	80	116	415	1.035	15,6
	d - Sono e Repouso	17	10	03	30	80	09	111	200	75	09	63	147	377	5,6
	e - Exercício e Atividade Física, Mecânica Corporal, Locomoção e Mobilidade	05	10	02	17	104	56	71	231	125	173	45	343	591	7,9
	f - Integridade Física e Cutânea Mucosa	29	18	11	58	41	45	30	116	59	21	28	108	282	4,2
	g - Higiene Pessoal	25	37	18	80	22	90	18	130	33	142	16	191	401	6,0
	h - Regulações: Térmica, Hormonal, Neurológica, Hidroeletrólítica, Vascular, Crescimento celular	87	73	45	205	70	114	84	268	142	110	72	324	797	12,0
	i - Percepção dos Órgão do sentido	09	12	03	24	53	37	30	120	134	41	47	222	366	5,5
	j - Terapêutica	09	40	02	51	29	89	16	134	35	104	28	167	352	5,3
	k - Sexualidade	—	—	—	—	02	—	—	02	01	—	01	02	4	0,1
	l - Ambiente, Espaço físico e Segurança física	—	01	—	01	03	12	04	19	03	03	—	06	26	0,4
2. Psicossociais		66	74	40	180	115	39	74	228	159	40	98	297	705	10,6
	Psico-espirituais e Ética	04	—	—	04	04	—	—	04	05	—	—	05	13	0,2
	Totais	566	438	183	1.187	991	716	835	2.542	1.230	980	713	2.923	6.652	100,0

* Identificação

** Avaliação

2. decisões deliberativas recaem sobre as NHB classificadas pelo método de assistência de enfermagem, adotado pelo Serviço de Enfermagem, em 14 necessidades, sendo que a de maior concentração é a de eliminação, com 1.035 (15,6%) decisões e a de menor, sexualidade, com apenas 4 (1%);

3. os passos do Processo Decisório não estão demonstrados seqüencialmente neste estudo, por limitação do instrumento de coleta de dados, e por se tratar de informação com volume suficiente para construir estudo em separado;

4. decisões automáticas englobadas sob o título "Cuidados de Rotina" incluem atividades freqüentes, comuns a todos os pacientes, não reveladas pelo resultado obtido de 1.275 (16,1%) decisões. Abre-se aqui mais um campo de retomada deste estudo, dependente da reformulação das anotações de enfermagem praticadas no HU, e que merecem observações específicas;

5. as necessidades de Higiene Pessoal e Terapêutica, em que, consistentemente, em todas as Unidades, foram observadas maior número de "Ação" do que de "Identificação", são indicadoras de que decisões feitas deixam de ser registradas ou podem ter sido feitas por outros membros da equipe de enfermagem, que não os enfermeiros;

6. o número de decisões registradas é demonstrativo de que as atividades de enfermagem estão, em grande freqüência, sendo processadas em sua globalidade, ou seja, são planejadas, implementadas, avaliadas e registradas, como se preconiza no Processo de Enfermagem. Acompanhar, com observação científica, o desenvolvimento deste processo está em aberto e se apresenta aos enfermeiros interessados como campo fecundo de material para a ampliação do corpo de conhecimento da enfermagem.

Mais que tudo, a preocupação sobre a melhoria do que fazemos ou queremos fazer não reflete sobre nós apenas; é parte da malha que é tecida entre pacientes e provedores de assistência, ligando-os em relacionamento dinâmico e elevando-os.

ERDMANN, A. L.; CAMARGO, A. P. S.; CERQUEIRA, L. T. de. Process of decision making in nursing in a University - Hospital. Preliminary study. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 18(1):65-76, 1984.

This work presents the results obtained on the first of a series of studies about the Process of Decision making in nursing. The results herein described are the automatic and deliberative decisions made by nurses when attending patients in the University Hospital of Santa Catarina Federal University. Brazil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGERAMI, E. L. S.; MENDES, I. A. C.; PEDRAZZANI, J. C. Análise crítica das anotações de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, 29(4):28-37, 1976.
2. ANGERAMI, E. L. S. et alii. Ensaio clínico do processo de enfermagem. **Enf. Novas Dimens.**, São Paulo, 4(5):291-6, 1978.
3. ANSOFF, H. I. **Estratégia empresarial**. São Paulo, McGraw Hill, 1977.
4. CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. 2. ed. São Paulo, McGraw Hill, 1979, v. 2, p. 317-25.
5. DRUCKER, P. F. **A arte da administração total**. São Paulo, Pioneira, 1975, v. 2.
6. HORTA, W. A. & CASTELLANOS, B. E. P. **Processo de enfermagem**. São Paulo, EPU, 1976. 99 p.
7. KAST, P. E. & ROSENWEIG, J. E. **Organização e administração: um enfoque sistêmico**. São Paulo, Pioneira, 1976, v. 2, 716 p.
8. MENDES, I. A. C. et alii. Análise crítica do processo decisório em enfermagem. **Rev. bras. Enf. Brasília**, 30:404-11, 1977.
9. OGUISSO, T. Os aspectos legais da anotação de enfermagem no prontuário do paciente. Rio de Janeiro, 1974, 94 p. (Dissertação de mestrado — Escola Ana Neri da UFRJ).
10. ORLANDO, I. J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro-paciente**. São Paulo, EPU/EDUSP, 1961, 110 p., p. 71-77.
11. PAIM, L. A. A prescrição de enfermagem. Unidade valorativa do plano de cuidados. Rio de Janeiro, 1975. (Dissertação de mestrado — Escola Ana Neri da UFRJ).
12. SAUPE, R. & HERR, L. Sistemática de assistência de enfermagem no Hospital Universitário da UFSC. **Rev. Cienc. Saúde**. Florianópolis, 1(2):9-20, 1982.
13. SIMON, H. A. **Comportamento administrativo**. Rio, Fund. Getúlio Vargas, 1979.
14. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário: Sub-Diretoria de Enfermagem. Padrões de enfermagem para pacientes internos no HU. 60 p. (mimeografado). Santa Catarina, s.c.p., s.d.