

Universidade Portucalense Infante D. Henrique
Tomada de decisão em profissionais de
saúde Portugueses: a influência de
variáveis individuais

Soraia Raquel Ferreira dos Santos, 41563

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Ano letivo 2023/2024

Orientação: Professor Doutor Pedro F.S. Rodrigues

Coorientação: Professora Doutora Sara M. Fernandes

Outubro de 2024

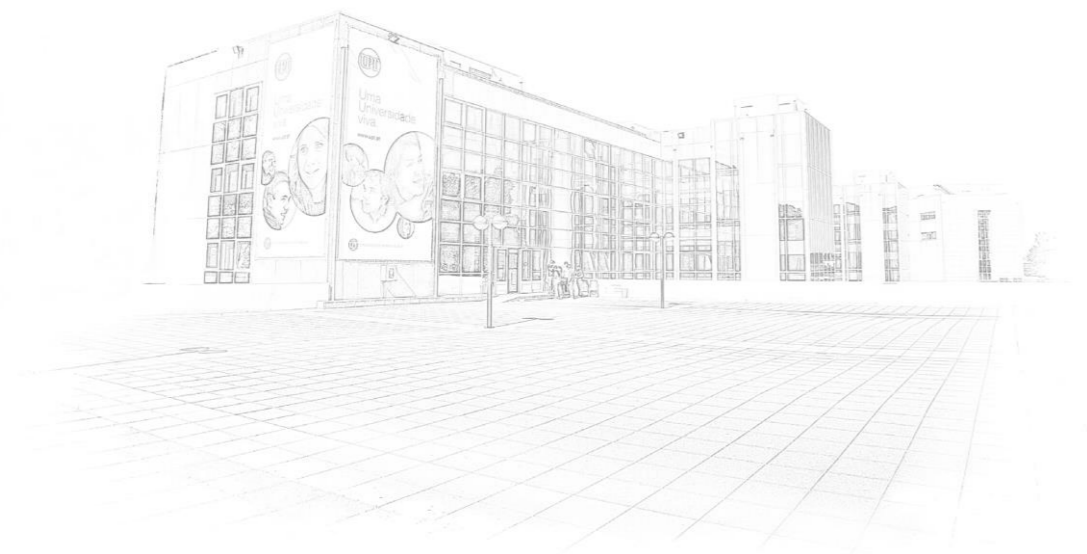


UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Do conhecimento à prática.

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Tomada de decisão em profissionais de saúde Portugueses: a influência de variáveis individuais

Soraia Santos,41563



Tomada de decisão em profissionais de saúde Portugueses - A influência de variáveis individuais

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

2023/24

2ºano | Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Doutor Pedro F. S. Rodrigues
Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Coorientação: Prof. Doutora Sara M. Fernandes
Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Soraia Raquel Ferreira dos Santos | 41563



DECLARAÇÃO DE AUTORIA

Nome (s): Soraia Santos Estudante(s) n° 41563 do curso de Licenciatura /
Mestrado/~~Doutoramento~~ em Psicologia Clínica e da Saúde declaro(am) que o ~~Trabalho/ Projeto~~
/Dissertação/~~Relatório~~ apresentado para avaliação na(s) Unidade(s) curricular(es)
é da minha/NOSSA autoria e cumpre as normas de integridade académica.

Assim assume-se:

-Esclarecer explicitamente se partes do trabalho foram já apresentadas para avaliação de outras unidades curriculares ou provas de grau na Universidade Portucalense ou noutras instituições;

-Identificar corretamente as fontes utilizadas, de forma a que possam ser consultadas e atestada a autenticidade do trabalho que apresento;

-Assumir, sob compromisso de honra, a responsabilidade da autoria integral do trabalho, não tendo contratado serviços de terceiros para a sua realização;

-Indicar a supervisão recebida para elaboração do trabalho;

-Reconhecer como fraudulentas práticas que correspondem a formas de plágio, cópia servil, omissão ou citação deficiente de fontes, percebendo que tais práticas infringem direitos de autoria e são contrárias à integridade académica;

- Submeter, quando solicitado, à consideração do(s) docente(s), relatórios que tenham sido emitidos por equipamento especializado na deteção de plágio.

Data...15/10/24...

Assinatura(s).....Soraia Santos.....

AGRADECIMENTOS

Ao encerrar mais um capítulo importante da minha vida, sinto a necessidade de expressar a minha profunda gratidão a todos os que estiveram do meu lado durante esta jornada, tornando possível a realização desta dissertação.

Primeiramente, gostaria de agradecer a todos os professores do Curso de Psicologia da Universidade Infante D. Henrique pelas aprendizagens e experiências fundamentais para o meu futuro profissional.

Um agradecimento especial ao Prof. Doutor Pedro F. S. Rodrigues e Coorientadora Prof. Doutora Sara M. Fernandes pela disponibilidade e prontidão em responderem às minhas dúvidas e receios, assim como pelas sugestões e críticas construtivas que aprimoraram o meu progresso.

Agradeço ao Hospital Militar das Forças Armadas do Porto, pela possibilidade de concretizar o meu trabalho académico; um especial obrigado ao Major Carlos Lopes, com quem tive o prazer de me cruzar.

Não posso deixar de expressar a minha gratidão à minha mãe e aos meus irmãos, que foram fundamentais para tornar tudo isto possível. O vosso apoio e paciência foram cruciais para alcançar este objetivo. A vocês o meu sincero agradecimento.

A ti Pedro, pelo suporte emocional e encorajamentos constantes, pelos dias que me acompanhaste nos silêncios e nas lágrimas.

Agradeço a todos aqueles que se cruzaram comigo nesta fase, e que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos muito obrigado.

RESUMO

Uma das áreas de investigação mais relevantes em contexto clínico é a tomada de decisão. Este estudo visa compreender a relação entre a tomada de decisão, personalidade e outras variáveis individuais em médicos e enfermeiros portugueses. A amostra foi composta por 150 participantes: 65% enfermeiros e 35% médicos. O protocolo de investigação inclui a aplicação de um Questionário Sociodemográfico, Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão, a Escala *Social-Emotional Expertise* (SEE), a Escala de Tomada de Decisão Clínica (ETDC), e a Escala de Personalidade NEO-FFI-20). Os resultados revelaram que os médicos apresentam maior dependência e impulsividade na tomada de decisão em relação aos enfermeiros, especialmente em situações de pressão, com uma tendência significativa para procrastinar. Além disso, o traço de personalidade neurocitismo mostrou uma correlação negativa com a eficácia na tomada de decisão, indicando que profissionais com níveis mais elevados de neurocitismo tendem a ter um desempenho menos eficaz em situações de stress. Por outro lado, o traço de conscienciosidade correlacionou-se positivamente com uma tomada de decisão mais assertiva e ponderada. Este estudo reforça a importância de uma abordagem multidimensional para a compreensão da tomada de decisão em contextos clínicos, que integram fatores pessoais, pessoais e contextuais.

Palavras-chave: Tomada de Decisão, Médicos, Enfermeiros, Personalidade, Competências emocionais

ABSTRAT

One of the most relevant areas of investigation in a clinical context is decision-making. This study aims to understand the relationship between decision-making, personality, and other individual variables in Portuguese doctors and nurses. The sample consisted of 150 participants: 65% nurses and 35% doctors. The research protocol includes the application of a Sociodemographic Questionnaire, the Melbourne Decision Making Questionnaire, the Social-Emotional Expertise (SEE) Scale, the Clinical Decision-Making Scale (CDMS), and the NEO-FFI-20 Personality Scale. The results revealed that doctors show greater dependence and impulsivity in decision-making compared to nurses, especially in high-pressure situations, with a significant tendency to procrastinate. Additionally, the personality trait of neuroticism showed a negative correlation with decision-making effectiveness, indicating that professionals with higher levels of neuroticism tend to perform less effectively under stress. On the other hand, the trait of conscientiousness was positively correlated with more assertive and thoughtful decision-making. This study reinforces the importance of a multidimensional approach to understanding decision-making in clinical contexts, integrating personal and contextual factors.

Keywords: Decision-Making, Doctors, Nurses, Personality, Emotional Competencies

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
3. MÉTODO.....	11
3.1. Participantes.....	11
3.2. Instrumentos.....	12
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	12
3.2.2. Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão.....	12
3.2.3. Social-Emotional Expertise Scale (SEE).....	12
3.2.4. Tomada de Decisão Clínica (ETDC).....	13
3.2.5. Escala de Personalidade NEO-FFI-20.....	13
3.3. Procedimento.....	14
3.4. Análise de dados.....	15
4. RESULTADOS.....	16
4.1. Diferenças no padrão de tomada de decisão entre médicos e enfermeiros.....	16
4.2. Diferença entre homens e mulheres na Tomada de Decisão.....	17
4.3. Personalidade e Tomada de Decisão.....	19
4.4. Relação entre competências socioemocionais e Tomada de Decisão Clínica.....	21
4.5. Tomada de Decisão e Contexto de trabalho.....	21
4.6. Tomada de Decisão e anos de experiência.....	23
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
6. CONCLUSÃO.....	29
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	35

1. INTRODUÇÃO

A tomada de decisão (TD) em profissionais de saúde é um processo complexo e multifacetado que envolve a integração de conhecimentos científicos, aptidões clínicas, e valores éticos. Este processo é essencial para garantir a qualidade e a segurança do atendimento aos pacientes. A TD clínica não se limita à escolha de tratamentos médicos, mas também abrange a avaliação de diagnósticos, a gestão de riscos, e a comunicação com pacientes e familiares. Diversos fatores influenciam essas decisões, incluindo a formação profissional, a experiência clínica, as diretrizes baseadas em evidências, e as preferências dos pacientes (Adenyi et al. 2024; Masic, 2022).

A literatura científica aponta que a TD em saúde é um campo de estudo crucial para uma prática clínica eficaz. Segundo Croskerry (2013), a capacidade de tomar decisões acertadas é uma competência essencial que deve ser continuamente desenvolvida ao longo da carreira dos profissionais de saúde. Além disso, são vários os estudos que mostram que as decisões baseadas em evidências, utilizando dados e resultados de pesquisas científicas atualizadas, podem melhorar significativamente as decisões clínicas e a eficácia dessas decisões (Sackett et al. 1996; Hedayatipour et al. 2024). A TD partilhada, onde profissionais de saúde e pacientes colaboram na escolha de tratamentos, também tem tido muito destaque por promover o cuidado centrado no paciente e aumentar a satisfação com os cuidados recebidos, embora seja uma prática com vários limites éticos (Elwyn et al. 2012; Elwyn et al. 2022).

Ainda, Byrne et al. (2015), sugerem que os traços de personalidade dos profissionais podem ter um impacto significativo na qualidade da TD. O modelo *Big Five* de McCrae & Costa (1999) apresenta cinco grandes dimensões da personalidade: Abertura à Experiência, Conscienciosidade, Extroversão, Amabilidade e Neurocitismo, que por sua vez fornece uma estrutura para examinar diferenças individuais no comportamento, inclusive no contexto da TD em saúde. Estas dimensões oferecem explicações para variações no comportamento da TD em diferentes cenários, incluindo situações de pressão ou incerteza, frequentes no ambiente clínico.

Apesar de amplamente abordada na literatura científica, a TD em Portugal tem sido escassamente estudada, particularmente a sua relação com variáveis individuais (e.g., personalidade e fatores emocionais), lacuna que este estudo pretende colmatar. Este estudo segue a estrutura de um artigo científico, iniciando com uma revisão da

literatura sobre o tema. Em seguida, são apresentadas informações detalhadas sobre o método, incluindo informação sobre participantes, instrumentos e procedimentos. Posteriormente, apresentam-se os resultados obtidos a partir de análises estatísticas de dados, a sua discussão e, por fim, a conclusão onde se inclui uma breve reflexão acerca das principais limitações e implicações deste estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nos últimos anos, o interesse pela TD na prática clínica tem aumentado significativamente, refletindo a sua importância como uma competência fundamental que os profissionais de saúde utilizam no seu dia-a-dia (Queiroz & Araújo, 2006). A TD clínica é um processo complexo e multidimensional, caracterizado pela escolha de alternativas na prestação de cuidados aos pacientes, fundamentada no pensamento crítico, no conhecimento e na experiência clínica (Farčić et al. 2020; Matteson & Hawkins, 1990). De acordo com Tiffen et al. (2014), a TD é descrita como um processo contínuo e em constante evolução, onde os dados recolhidos são interpretados e avaliados em função do contexto clínico, permitindo assim que as decisões sejam baseadas em evidências científicas. Por outro lado, Lehnhart et al. (2021) abordam a TD a partir de uma perspetiva centrada nos processos cognitivos, enfatizando a capacidade do profissional em avaliar mentalmente as diversas opções e compará-las de forma a fazer o julgamento correto baseado em evidências científicas.

Assim, enquanto processo cognitivo, a TD refere-se ao processo mental pelo qual os indivíduos escolhem entre diferentes opções ou ações com base nas suas preferências, informações disponíveis, e outros processos cognitivos. Este processo pode ser consciente ou inconsciente e envolve várias etapas, como a identificação do problema, a geração de alternativas, a avaliação das opções e a escolha final. Este processo é influenciado por heurísticas, vieses cognitivos e a capacidade limitada do cérebro humano em processar informações (Kahneman & Tversky, 1979). Deste modo, os profissionais podem alcançar uma decisão¹ razoável, distanciando-se de uma escolha ótima, uma vez que “a capacidade humana em solucionar problemas é muito inferior ao que exige uma decisão racional e estruturada” (Bender, 2019, p. 26 citado

¹ Uma decisão é tomada tendo em conta ganhos e perdas, procurando-se sempre o maior número de ganhos e o menor número de perdas possíveis.

por Lehnhart et al. 2021). A TD, particularmente em contextos clínicos, está fortemente associada a resolução de problemas que do ponto de vista cognitivo, é o processo mental utilizado para encontrar soluções para problemas complexos ou desafios que não têm respostas imediatas. Envolve a identificação e definição do problema, a geração de possíveis soluções, a avaliação e seleção da melhor solução, e a implementação e verificação dessa solução. Este processo é fundamental em diversas atividades humanas, desde tarefas simples do dia a dia até problemas complexos em contextos profissionais (Newell & Simon, 1972; Sternberg, 2011).

Com base num estudo dirigido por Kahneman (2012), a cognição ou o processamento do cérebro assenta numa abordagem de dois sistemas: um rápido e intuitivo (sistema 1) e outro mais lento e deliberado (sistema 2). O sistema 1 caracteriza-se por ser rápido, automático e intuitivo, operando de forma quase intuitiva e com pouco esforço mental. Este tipo de pensamento permite-nos tomar decisões e fazer julgamentos de forma ágil, baseando-se em padrões reconhecidos e experiências anteriores (e.g., reações físicas e emocionais). Em contrapartida, o sistema 2 é mais lento, deliberado e consciente, exigindo um esforço mental intencional. Este modo de pensar é utilizado em tarefas que requerem uma análise cuidadosa e resolução de problemas complexos, onde é necessária uma reflexão mais profunda e ponderada. Este modelo dos dois sistemas de processamento cognitivo vai ao encontro das perspetivas sobre a tomada de decisão descritas por Hamm (1987), que defende a TD como um processo sistemático e resultante de uma análise da situação, e de Luker et al. (1998), que propõem duas perspetivas distintas sobre o processo de tomada de decisão: a científica/racional e a baseada na intuição. A científica/racional, alinhada com o sistema 2 de Kahneman (2012), exige que o conhecimento esteja disponível para permitir a decisão ou tratamento mais adequado, embora os autores reconheçam que, em situações de incerteza, onde o conhecimento total não está garantido, as decisões tomadas podem envolver maior risco. Por sua vez, a TD baseada na intuição, que se relaciona com o sistema 1, depende sobretudo do conhecimento intuitivo adquirido através da experiência, e não tanto do conhecimento teórico (Lopes Lourenço, 2022). Nibbelink e Brewer, (2018) acrescentam que os profissionais consideram a intuição valiosa para a sua prática clínica e que esta deve ser combinada com evidências de forma a obter a os melhores cuidados ao doente. No entanto, o uso da intuição varia entre os profissionais, dependendo da sua experiência: profissionais mais experientes

tendem a confiar predominantemente na intuição, utilizando experiências e conhecimentos acumulados (Petz & Folse, 2011). Além disso, a relação entre a experiência dos profissionais e a sua capacidade de tomarem decisões eficazes é um aspecto relevante a considerar. Estudos indicam que enfermeiros com maior nível de experiência tendem a abordar o paciente de forma holística, percebendo-o como um todo e não apenas como um conjunto de intervenções a serem realizadas (Farčić et al. 2020a). Em contrapartida, Alaseeri et al. (2021) corroboram esta ideia ao sugerirem que enfermeiros associam o seu nível de experiência a melhores resultados na TD, sublinhando assim a relevância da experiência e da intuição no processo de TD. Wu et al. (2016) concluíram que a experiência clínica foi o indicador mais mencionado e associado à tomada de decisão de enfermeiros.

Assim, entende-se que a compreensão da TD na saúde é fundamental uma vez que, diariamente, os profissionais de saúde deparam-se com a necessidade de tomarem decisões com múltiplos focos, incluindo diagnóstico, intervenção, interação e avaliação, em diferentes contextos, tendo sempre em consideração uma base de conhecimento diversificado. Este procedimento requer conhecimento, racionalidade, competência e consciência de forma a atingir o objetivo desejado ou aproximá-lo o máximo possível (Almeida et al. 2011). Tradicionalmente, este processo de TD implicava que os profissionais de saúde tomassem decisões em nome dos pacientes, um procedimento que Koehler et al. (2004) denominaram de “decisão substituta”. Contudo, a ênfase atual recai sobre a TD como um processo colaborativo, que envolve a tomada de decisão partilhada e paralela com pacientes e com outros profissionais (Edwards et al. 2004; Patel et al. 1996).

Além disso, a TD não pode ser dissociada da sua dimensão ética, uma vez que os profissionais de saúde enfrentam, diariamente, dilemas que requerem uma consideração cuidadosa e ponderada à luz de princípios éticos fundamentais. A TD ética é considerada um processo de resolução de problemas no quotidiano da prática profissional (Tineke et al. 2009). Com o rápido avanço da ciência e tecnologia têm surgido cada vez mais problemas éticos que desafiam os profissionais de saúde, tornando a TD ética mais complexa e multidimensional. Este processo envolve a consideração de múltiplas variáveis, tanto individuais (e.g., idade, género, desenvolvimento moral, cognitivo e educacional) como situacionais (e.g., cultura, ambiente e contexto de trabalho), que influenciam significativamente as decisões

tomadas. Quando confrontados com dilemas éticos, torna-se imperativo que os profissionais compreendam as variáveis envolvidas e possam cuidadosamente optar pelas alternativas disponíveis, baseando-se em princípios fundamentais como a justiça, beneficência, não maleficência e respeito pela autonomia e autodeterminação do paciente (Ribeiro et al. 2011; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2021). O desenvolvimento de competências para a TD ética é essencial não apenas para a prática profissional, mas também para garantir a qualidade dos serviços prestados (Nora et al. 2016a).

Importa também referir que a relação entre as variáveis individuais e o processo cognitivo essencial na tomada de decisão, especialmente em profissões relacionadas com a saúde, tem sido objeto de investigação científica, ou seja, tem-se verificado que determinados fatores individuais são os que mais influenciam a tomada de decisão ética (Rocha & Angnes, 2017; Wu et al. 2016a). Nesse contexto, a personalidade emerge como um fator relevante a considerar. A personalidade refere-se a padrões de comportamento e atitudes que são característicos de um indivíduo. Esses traços variam de pessoa para pessoa, mas tendem a permanecer estáveis ao longo do tempo (Rebollo & Harris, 2006). Allport (1996, p. 50) define a personalidade como “a organização psicodinâmica dos sistemas psicofísicos do indivíduo que determinam o seu comportamento e pensamento característico”. São várias as razões que levam os autores a concluir que as características da personalidade têm uma forte componente genética (Lima & Simões, 2000). A literatura aponta que médicos com maior nível de conscienciosidade, por exemplo, podem superestimar a capacidade dos seus pacientes de cumprirem as recomendações, o que pode afetar a adesão ao tratamento. Por outro lado, um elevado nível de neurocitismo entre os médicos, associado ao stress, pode levá-los a considerar o stress como algo normal na vida, subestimando assim o seu impacto no bem-estar dos pacientes (Nleeson, 2023).

Em suma, é notório que a TD é uma das componentes mais importantes da prática dos profissionais de saúde (Stubblings et al., 2012; Wang et al., 2012). No entanto, a personalidade e a TD são construtos altamente completos, o que dificulta o estudo dessas variáveis (Branco, 2019). Além disso, a maioria dos estudos existentes são predominantemente realizados fora de Portugal, dando pouca ênfase à relação entre variáveis individuais e a TD, bem como à análise da TD na área da saúde. Nesta ótica a presente investigação procurou não só colmatar as lacunas anteriormente referidas,

mas também verificar a influência de variáveis individuais na tomada de decisão em contexto clínico. Mais especificamente, pretendeu-se identificar um padrão de tomada de decisão numa amostra de profissionais de saúde portugueses com foco em médicos e enfermeiros, e investigar de que forma variáveis individuais, como sexo, idade, contexto de trabalho, personalidade e fatores emocionais influenciam este processo de decisão. Assim antecipam-se associações de determinados traços de personalidade a estilos de tomada de decisão (Othman et al., 2020); por outro lado antecipa-se que a experiência profissional tenha um impacto significativo na tomada de decisão (Wu et al., 2016b), com profissionais mais experientes a adotarem uma abordagem mais intuitiva e confiante. O contexto de trabalho, particularmente em situações de maior pressão ou emergência, pode favorecer decisões mais intuitivas e rápidas, enquanto ambientes mais controlados tendem a permitir uma abordagem mais analítica (Wu et al., 2016b). Por fim, espera-se que não existam diferenças significativas entre os sexos em relação aos fatores da personalidade e a TD (Branco, 2019), sendo que estudos recentes corroboram esta hipótese, sugerindo que homens e mulheres, em contextos clínicos similares, tendem a apresentar abordagens e resultados comparáveis na tomada de decisão (Othman et al., 2020).

3. MÉTODO

3.1. Participantes

A amostra inicial foi constituída por 223 participantes. Dado que 73 questionários se encontraram incompletos, a amostra final incluiu 150 participantes, sendo 104 (69,3%) do sexo feminino e 46 (30,7%) do sexo masculino. Desses 150 participantes 35 eram médicos e 115 enfermeiros, sendo que 14 (9,3%) tinham menos que 25 anos, 46 participantes (30,7%) tinham entre 25 e 34 anos, 31 (20,7%) apresentavam idades entre 35 e 44 anos, 35 (23,3%) participantes tinham entre 45 e 54 anos, 23 (15,3%) tinham entre 55 e 64 anos e por fim 1 participante (0,7%) apresentou mais de 65 anos. Relativamente ao contexto de trabalho 87 participantes (58%) reportaram exercer funções num hospital público, 19 participantes (12,7%) num hospital privado, 27 profissionais (18%) em clínica privada, 14 participantes (9,3%) num centro de saúde e por fim 3 participantes (2%) a exercer em outros.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico utilizado teve como objetivo uma caracterização sociodemográfica da amostra, recolhendo dados sobre variáveis dos profissionais de saúde como idade, sexo, contexto de trabalho, anos de experiência, especialidade, bem como o seu conhecimento e formação acerca da tomada de decisão (e.g. Formação em tomada de decisão? Sim ou não).

3.2.2. Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão

O Questionário de Melbourne de Tomada de decisão (QMTD; versão original: Mann et al. 1997; versão portuguesa: Filipe et al. 2020) é um instrumento de autorrelato que tem como objetivo identificar os padrões de tomada de decisão em diferentes contextos do dia-a-dia. É constituído por 22 itens que descrevem possíveis reações e comportamentos frente a situações de incerteza; as respostas são obtidas através de uma escala do tipo Likert (0-falso em relação a mim; 1-por vezes verdade; 2-verdade em relação a mim), não havendo lugar à cotação de itens de forma invertida. O questionário divide-se em 4 subescalas, *Vigilância* (itens: 1,5,7,9,13), em que pontuações mais altas indicam um estilo adaptativo e saudável; *Procrastinação* (itens:2,6,11,14,18), onde pontuações mais altas indicam uma tendência a adiar decisões; *Hipervigilância* (itens:3,11,15,19, 21), em que pontuações mais altas correspondem a um comportamento impulsivo e ansioso e *Dependência* (itens:4, 8,12,16, 20, 22), onde pontuações mais altas indicam uma tendência a depender de outros para tomar decisões.

O QMTD apresenta boas características psicométricas, nomeadamente consistência interna com um alfa de *Cronbach* entre 0.74 e 0.86, sendo amplamente utilizado para avaliar a tomada de decisão em diversas populações, tais como estudantes universitários, profissionais de saúde e população em geral (Filipe et al. 2020).

3.2.3. Social-Emotional Expertise Scale (SEE)

A Escala *Social-Emotional Expertise* desenvolvida (SEE; versão original: McBrien et al., 2018, versão portuguesa: Cunha et al., 2020), é um instrumento que visa avaliar as competências socioemocionais. É composto por 25 itens, respondidos numa escala

do tipo Likert de quatro pontos (1-nada característico da minha maneira de ser; 2-pouco característico da minha maneira de ser; 3-característico da minha maneira de ser; 4-muito característico da minha maneira de ser). Não existem itens invertidos; quanto mais elevada é a pontuação, maior é o nível de competências socioemocionais apresentadas pelo indivíduo. O instrumento apresenta excelente consistência interna, com um alfa de Cronbach de .90 (Santos et al., 2022).

3.2.4. Tomada de Decisão Clínica (ETDC)

A Escala de Tomada de Decisão Clínica (ETDC; versão original: Jenkins, 1983; versão portuguesa Duarte & Dixe, 2021) é um instrumento utilizado para identificar e avaliar a tomada de decisão clínica em profissionais de saúde. A ETDC é constituída por 23 itens, sendo cada item respondido numa escala do tipo likert que varia de 1 a 5 pontos (1-nunca; 2-raramente; 3-ocasionalmente; 4-frequentemente; 5-sempre). A soma das pontuações de todos os itens que constituem cada fator corresponde a uma maior percepção de tomada de decisão. O fator 1 foi designado de *Definição do Problema e Desenvolvimento dos Objetivos* e ficou constituído por 12 itens (1, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 21 e 22); o fator 2 - *Procura e Processamento de Dados* é constituído pelos itens 2,7,8,9 e 16; o fator 3 - *Avaliação de Alternativas, Planeamento e Implementação da Ação* é constituído por seis itens (13, 17, 18, 19 e 20). A validação deste instrumento permitiu avaliar a TD e definir estratégias para a sua melhoria. A ETDC apresenta boas características psicométricas nomeadamente a consistência interna com um alfa de Cronbach de .85 (Duarte & Dixe, 2021).

3.2.5. Escala de Personalidade NEO-FFI-20

A Escala de Personalidade NEO-FFI-20 (versão original: Costa & McCrae, 1992; versão portuguesa: Bertoquini & Pais Ribeiro, 2005), é um instrumento de autorrelato que tem como objetivo avaliar os cinco principais domínios da personalidade: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C). Esta escala é aplicável a adolescentes e adultos a partir dos 17 anos. Todos os itens são respondidos em escala tipo Likert em 5 parâmetros (0-Discordo Fortemente, 1-Discordo, 2-Neutro, 3-Concordo e 4-Concordo fortemente). Os itens 1,3,11,13,14, 18 e 19 apresentam uma cotação inversa. A soma das pontuações de todos os itens que constituem cada domínio corresponde a uma maior presença do

traço na personalidade do indivíduo. O traço Neurocitismo é avaliado pelos itens 1,6,11 e 16; a Extroversão pelos itens 2,7,12 e 17; a Abertura à Experiência pelos itens, 3,8,13 e 18; a Amabilidade pelos itens 4,9,14 e 19; e a Conscienciosidade pelos itens 5,10,15 e 20.

O NEO-FFI-20 apresenta uma consistência interna satisfatória, em cada um dos seus domínios: Neuroticismo ($\alpha = 0.63$), Extroversão ($\alpha = 0.75$), Abertura à Experiência ($\alpha = 0.73$), Amabilidade ($\alpha = 0.73$) e Conscienciosidade ($\alpha = 0.72$) (Bertoquini & Pais Ribeiro, 2006). É amplamente utilizada em investigações científicas e na prática clínica para avaliar traços de personalidade (Lima et al., 2014).

3.3. Procedimento

Numa primeira fase, os participantes preencheram um consentimento informado, onde lhes foi fornecido o enquadramento e objetivos do estudo. Além disso, foi claramente referido que a participação era de caráter voluntário, sendo que a qualquer momento poderiam desistir sem qualquer penalização. Apenas os profissionais que consentiram participar no estudo, passaram à fase de recolha de dados, isto é, preenchimento de um conjunto de questionários validados para a população portuguesa e já descritos anteriormente: 1- Questionário Sociodemográfico; 2- Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão; 3- Social-Emotional Expertise Scale (SEE); 4- Escala de Tomada de decisão Clínica (ETDC); 5- Escala de Personalidade (NEO-FFI-20). A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; versão original: Lovivond e Lovivond, 1955; versão portuguesa: Ribeiro et al., 2004) foi também aplicada no protocolo deste estudo; contudo, uma vez que não está relacionada com os objetivos do presente estudo, os seus resultados não foram reportados no presente documento. O preenchimento do protocolo de recolha de dados durou cerca de 10/15 min. O preenchimento dos questionários decorreu apenas num momento. Os dados foram tratados de forma agrupada e nunca de forma individual; o acesso aos dados recolhidos foi apenas realizado pela estudante em formação e pelo orientador científico, Prof. Doutor Pedro F. S. Rodrigues e coorientadora Prof^a Doutora Sara M. Fernandes. Os dados foram guardados em formato digital sem qualquer elemento identificativo, ou seja, ficaram armazenados apenas com um código numérico de participante e inseridos num programa informático, acedido através de palavra-passe.

Todas as diretrizes éticas para a investigação científica e tratamento de dados indicadas na Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses foram estritamente cumpridas.

A recolha de dados foi realizada maioritariamente em formato online através da plataforma Limesurvey nas redes sociais (e.g., grupos de enfermeiros e médicos), sendo alguns questionários aplicados em formato de papel-e-lápis. O questionário contou com dados válidos de 150 participantes.²Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

3.4. Análise de dados

No que concerne à análise de dados, todos os resultados quantitativos obtidos nos questionários foram organizados em *Excel*. De seguida, foi criada uma base de dados no programa *IBM SPSS Statistics*. Inicialmente, conduziram-se análises descritivas que permitiram descrever a amostra e obter estatísticas de acordo com o sexo, idade, contexto de trabalho, anos de experiência e os resultados referentes a cada questionário aplicado. Foram aplicados testes paramétricos, depois de verificados os seus pressupostos; em casos pontuais, alguns pressupostos não foram cumpridos, sendo realizados os testes alternativos não paramétricos. Contudo, de acordo com o princípio de Fife-Saw, foram sempre reportados os resultados dos testes paramétricos, uma vez que a conclusão para a rejeição ou retenção de H1 permaneceu a mesma quer através de usos de testes paramétricos, quer através de testes não paramétricos (Martins, 2011). Foi conduzido um teste *t-student* para amostras independentes de forma a analisar as diferenças nos padrões de tomada de decisão entre médicos e enfermeiros em Portugal, com os resultados obtidos no Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão e o Questionário de Tomada de Decisão Clínica. Com o objetivo de

² O link foi partilhado nas redes sociais com o flyer (Anexo 1). Adicionalmente, foram realizados pedidos às direções e comissões de ética de Hospitais e Clínicas (e.g., hospital das Forças armadas Pólo do Porto e Pólo de Lisboa, Instituto de Oncologia do Porto, Clínica Fresenius Medical Care, Centro de Saúde de Sobrado, Centro de Saúde de Valongo e Campo, Hospital de S. Martinho e Hospital de Valongo). Os pedidos foram acompanhados de uma carta de apresentação do estudo (Anexo 2).

analisar a relação entre a personalidade e a tomada de decisão, foram realizadas correlações de *Pearson*. Adicionalmente, foram também aplicadas correlações de *Pearson* de forma a analisar a relação entre as variáveis emocionais e a tomada de decisão. Por fim foram conduzidas *MANOVAs* com o objetivo de analisar diferenças entre os anos de experiência e a tomada de decisão medidas nos seus fatores compósitos, assim como diferenças entre os contextos de trabalho na tomada de decisão nas suas dimensões compósitas.

4. RESULTADOS

4.1. Diferenças no padrão de tomada de decisão entre médicos e enfermeiros

Foi realizado um teste *t-student* para amostras independentes para analisar as diferenças nos padrões de tomada de decisão (a partir do Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão e do Questionário de Tomada de Decisão Clínica) entre médicos e enfermeiros que constituem a amostra em estudo.

Os resultados do Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos para o estilo de tomada de decisão *Dependência*, $t(86,58) = 4.32$, $p < .001$, d de *Cohen* = 3.43. Isto indica que médicos apresentaram uma maior tendência para depender de outros para tomar decisões ($M = 15.97$; $DP = 2.41$) em comparação com enfermeiros ($M = 13.67$; $DP = 3.68$). Do mesmo modo, para o estilo *Hipervigilância*, os médicos apresentaram valores mais elevados do que os enfermeiros, $t(76,15) = 3.73$, $p < .001$, d de *Cohen* = 2.54, o que indica que médicos apresentam um comportamento mais impulsivo de tomada de decisões ($M = 13.69$; $DP = 1.97$) em relação aos enfermeiros ($M = 12.13$; $DP = 2.68$). Ainda, para o estilo *Procrastinação*, registaram-se diferenças estatisticamente significativas, $t(89,99) = 7.05$, $p < .001$, d de *Cohen* = 2.48; concretamente, os médicos apresentaram uma maior tendência para adiar decisões ($M = 13.26$; $DP = 1.69$) comparativamente a enfermeiros ($M = 10.59$; $DP = 2.67$). Relativamente ao estilo *Vigilância*, não se observaram diferenças significativas entre médicos e enfermeiros, indicando que ambos os grupos apresentam um estilo adaptativo e saudável

semelhante. No que concerne ao Questionário de Tomada de Decisão Clínica, não se registaram diferenças significativas entre os dois grupos ($p = .206$).

4.2. Diferença entre homens e mulheres na Tomada de Decisão

Foram realizados testes *t-student* para amostras independentes para analisar as diferenças entre o sexo masculino e feminino nos resultados do Questionário de Tomada de Decisão Clínica e no Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão (confrontar tabela 3).

A análise dos resultados obtidos no Questionário de Tomada de Decisão Clínica revelou diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no fator *Avaliação de Alternativas, Planeamento e Implementação de Ação*, indicando que o grupo de indivíduos do sexo masculino apresentou uma maior tendência para avaliar alternativas, planejar detalhadamente e implementar ações para resolver problemas clínicos em relação ao grupo de indivíduos do sexo feminino (confrontar tabela 3).

Tabela 3

Resultados das análises dos testes t-student para subgrupos do sexo masculino e feminino e o Questionário de Tomada de Decisão Clínica

	Subgrupo	Média	DP	t	p	d
Definição do problema	Sexo masculino	51,07	5,44	-,44	,66	-,08
	Sexo feminino	51,45	4,72			
Procura e processamento de dados	Sexo masculino	20,43	3,20	-,61	,55	-,11
	Sexo feminino	20,77	3,09			
Avaliação de alternativas	Sexo masculino	13,93	3,59	2,48	,01	,44
	Sexo feminino	12,20	4,09			

Por outro lado, na análise do Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão, verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres (confrontar tabela 4).

Tabela 4

Resultados das análises dos testes t-student para subgrupos do sexo masculino e feminino e o Questionário de Melbourne de Tomada de decisão

	Subgrupo	Média	DP	t	p	d
Vigilância	Sexo masculino	6,85	1,23	-,89	,37	-,16
	Sexo feminino	7,10	1,70			
Dependência	Sexo masculino	13,96	3,59	-,57	,57	-,10
	Sexo feminino	14,32	3,55			
Hipervigilância	Sexo masculino	12,46	2,79	-,11	,91	-,02
	Sexo feminino	12,51	2,55			
Procrastinação	Sexo masculino	11,57	2,72	1,06	,29	,19
	Sexo feminino	11,06	2,71			

Foi ainda realizado um teste t-student para amostras independentes de forma a analisar a formação na Tomada de Decisão entre o grupo do sexo masculino e o grupo sexo feminino. Os resultados demonstraram não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, $t(148) = -.25$, $p = .801$. O grupo do sexo masculino apresentou uma média de 1,39 ($DP = .49$) enquanto o grupo do sexo feminino revelou uma média de 1.41 ($DP = .50$).

4.3. Personalidade e Tomada de Decisão

Com o objetivo de se analisar a associação entre os resultados obtidos no Inventário de Personalidade NEO-FFI-20 e o Questionário de Tomada de Decisão Clínica na amostra total, foram realizadas correlações de *Pearson*. Em relação ao traço de personalidade *Neuroticismo*, verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com o fator *procura e processamento de dados*, $r = -.21$, $p < .05$, o que sugere que indivíduos que apresentam níveis mais elevados de *Neuroticismo* tendem a demonstrar um desempenho pior na habilidade de procurar e processar informações relevantes para fundamentar as decisões clínicas, embora a magnitude da associação seja fraca. Por outro lado, o traço de personalidade *Extroversão* não apresentou correlações estatisticamente significativas com qualquer fator do *Questionário de Tomada de Decisão Clínica*. Relativamente ao traço *Abertura à Experiência*, verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com o fator *definição de problema e desenvolvimento dos objetivos*, $r = -.16$, $p < .05$, o que indica os profissionais com níveis mais altos de *Abertura à Experiência* apresentam dificuldade em definir corretamente o problema clínico e desenvolver objetivos claros para orientar o processo de decisão, embora a magnitude da relação seja fraca. Verificou-se ainda uma correlação negativa estatisticamente significativa com o fator *Procura e Processamento de Dados*, $r = -.23$, $p < .05$, sugerindo que indivíduos que apresentam níveis mais elevados de *Abertura à Experiência* tendem a demonstrar um desempenho ligeiramente pior na capacidade de procurar e processar informações relevantes para fundamentar as decisões clínicas, embora a magnitude da relação seja fraca. O traço de personalidade *Amabilidade* não apresentou correlações estatisticamente significativas com qualquer fator do *Questionário de Tomada de Decisão Clínica*. No que concerne ao traço de personalidade *Conscienciosidade*, constatou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa negativa de magnitude fraca com o fator *Avaliação de Alternativas Planeamento e Implementação de Ação*, $r = -.22$, $p < .05$. A análise sugere que profissionais com níveis mais elevados de *Conscienciosidade* tendem a adotar uma menor eficácia na avaliação de alternativas, planeamento detalhado e implementação de ações para resolver problemas clínicos. Em suma, os resultados sugerem que o traço de *Neuroticismo* apresenta uma correlação negativa com a capacidade de procurar e processar dados, enquanto o traço de *Abertura à Experiência* revela correlações

negativas tanto com *Definição de problemas e Desenvolvimento de Objetivos* quanto com a *Procura e Processamento de Dados*. Adicionalmente a Conscienciosidade demonstrou uma correlação negativa com a *Avaliação de Alternativas, Planeamento e quespara* os traços de *Extroversão* e *Amabilidade* com a tomada de decisão.

Ainda, com o objetivo de analisar a relação entre os resultados obtidos no Inventário de Personalidade NEO-FFI-20 e o Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão na amostra total, foram realizadas correlações de *Pearson*. As análises para o traço *Neuroticismo* revelaram a existência de correlações estatisticamente significativas para todos os fatores considerados. Para o fator *Vigilância* observou-se uma correlação positiva fraca, $r = .25$, $p < .05$, que indica que profissionais com níveis de *Neuroticismo* mais altos tendem a apresentar um estilo mais adaptativo e saudável. Em relação ao fator Dependência a correlação foi negativa fraca, $r = -.21$, $p < .05$, indicando que indivíduos níveis mais elevados de *Neuroticismo* apresentam uma menor tendência a depender de outros para tomar decisões. Relativamente ao fator *Hipervigilância* a correlação foi de igual modo negativa fraca, $r = -.28$, $p < .001$, o que significa que profissionais de saúde com níveis superiores de *Neuroticismo* tendem a adotar um comportamento menos impulsivo e ansioso na tomada de decisões. O fator *Procrastinação* revelou uma correlação negativa moderada, $r = -.38$, $p < .001$, ou seja, médicos e enfermeiros com pontuações mais altas no traço *Neuroticismo* indicam uma menor tendência a adiar decisões. Relativamente ao traço *Extroversão*, existiu uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca com o fator Procrastinação, $r = .22$, $p < .05$. Isto significa que os indivíduos com níveis mais altos de *Extroversão* tendem a adiar decisões. Em relação ao traço *Abertura à Experiência*, existiu uma correlação estatisticamente significativa positiva fraca com o fator Dependência, $r = .29$, $p < .001$, demonstrando que profissionais de saúde com valores mais elevados de *Abertura à Experiência* têm uma maior tendência a depender de outros para tomar decisões. No que concerne ao traço *Amabilidade*, observaram-se correlações estatisticamente significativas positivas e moderadas com os fatores Dependência ($r = .40$, $p < .001$), *Hipervigilância* ($r = .33$, $p < .001$) e *Procrastinação* ($r = .50$, $p < .001$). Isto indica que médicos e enfermeiros com níveis mais elevados no traço *Amabilidade* tendem a depender de outros para tomar decisões, a adotar um comportamento impulsivo e ansioso na tomada de decisões e tendem a adiar decisões, respetivamente.

Por fim, não existiram correlações estatisticamente significativas entre o traço de personalidade *Conscienciosidade* e todos os fatores do Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão.

4.4. Relação entre competências socioemocionais e Tomada de Decisão Clínica

De forma a analisar a relação entre os resultados do Questionário Social Emotional Expertise (Questionário de competências socioemocionais) os resultados do Questionário de Tomada de Decisão Clínica foram realizadas correlações de *Pearson*. Os resultados das análises demonstraram que não existiram correlações estatisticamente significativas entre a pontuação total do Questionário de Competências Socioemocionais e os fatores do Questionário de Tomada de Decisão Clínica, nomeadamente a *Definição de Problema*, o *Processamento de Dados* e a *Avaliação de Alternativas*.

Com o objetivo de explorar a relação os resultados do Questionário de Competências Socioemocionais e os diferentes estilos do Questionário de Melbourne de Tomada de Decisão, foram realizadas correlações de *Pearson*. Os resultados revelaram a existência de correlações estatisticamente significativas entre as competências socioemocionais e os estilos *Dependência*, *Hipervigilância* e *Procrastinação*. O estilo *dependência* apresentou uma correlação positiva moderada, $r = .35$, $p < .001$ com as competências socioemocionais, sugerindo que indivíduos com maior competência socioemocional tendem a depender mais dos outros para tomar decisões. Por sua vez, o estilo *hipervigilância* revelou uma correlação positiva fraca, $r = .25$, $p < .05$, indicando que profissionais de saúde com maior competência socioemocional podem apresentar um comportamento mais impulsivo e ansioso na tomada de decisões. Por último, o estilo *procrastinação* apresentou de igual modo uma correlação positiva fraca, $r = .28$, $p < .001$, demonstrando que médicos e enfermeiros com mais competências socioemocionais tendência para adiar decisões.

4.5. Tomada de Decisão e Contexto de trabalho

Conduziu-se uma *MANOVA* Unifatorial, em que os contextos de trabalho (hospital público, Hospital privado, clínica privada, centro de saúde e outros) e as três subescalas

que constituem o instrumento de Tomada de Decisão Clínica (*Definição do Problema e Desenvolvimento dos Objetivos, Procura e Processamento de Dados e Avaliação de Alternativas, Planejamento e Implementação da Ação*) que correspondem à variável dependente (variável compósita). A *Manova* mostrou existência de um efeito multivariado significativo do contexto de trabalho na tomada de decisão clínica (*Definição do Problema e Desenvolvimento dos Objetivos, Procura e Processamento de Dados e Avaliação de Alternativas, Planejamento e Implementação da Ação*) avaliada em simultâneo, *Traço de Pillai* = .16, $F(12, 435) = 1.98$, $p = .025$, $\eta_p^2 = .05$. A inspeção do efeito dos contextos de trabalho em cada uma das variáveis dependentes foi efetuada através de ANOVAs Unifatoriais, com testes a posteriori de *Tukey*. Assim, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na tomada de decisão entre os participantes na subescala de *Processamento de Dados* $F(4, 145) = 3.65$, $p = .007$, $\eta_p^2 = .091$. O grupo de participantes do contexto hospital privado apresentou níveis significativamente superiores de *Processamento de Dados* ($M = 21.84$, $DP = 2.81$) comparativamente com os participantes do centro de saúde ($M = 18.43$, $DP = 3.18$), $p = .013$. Também se verificaram níveis significativamente superiores de *Processamento de Dados* no contexto de clínica privada ($M = 21.74$, $DP = 3.39$) em comparação com o contexto de centro de saúde ($M = 18.43$, $DP = 3.18$), $p = .009$. Não se verificaram diferenças significativas na subescala de *Definição de Problemas* $F(4, 145) = 2.46$, $p = .048$, $\eta_p^2 = .064$, nem na subescalas de *Processamento de Dados e Avaliação de Alternativas* $F(4, 145) = 1.20$, $p = .315$, $\eta_p^2 = .032$.

Do mesmo modo, conduziu-se uma *Manova Unifatorial*, em que os contextos de trabalho (hospital público, Hospital privado, clínica privada, centro de saúde e outros) e as quatro subescalas que constituem o Questionário de Melbourne de tomada de decisão (*Vigilância, Procrastinação, Hipervigilância e Dependência*) correspondem à variável dependente. Cada variável foi sujeita a uma *Anova Unifatorial* seguida de testes a posteriori de *tukey*. A *Manova* mostrou que existe um efeito multivariado significativo do contexto de trabalho na tomada de decisão do Questionário de Melbourne (*Vigilância, Procrastinação, Hipervigilância e Dependência*), avaliada em simultâneo, *Traço de Pillai* = .34, $F(16, 580) = 3.36$; $p < .001$, $\eta_p^2 = .085$. A inspeção de efeito de cada uma das variáveis dependentes foi efetuada através da anova unifatorial, com testes a posteriori de *tukey*. Assim sendo, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes na tomada de decisão na subescala *dependência* $F(4, 145) = 6.93$,

$p < .001$, $\eta_p^2 = .160$. O grupo de participantes do contexto do hospital público apresentou níveis significativamente superiores na subescala *dependência*, ($M=15.17$, $DP=3.05$), comparativamente com os participantes do hospital privado ($M=12.00$, $DP=3.84$), $p=.002$. Também se verificaram níveis significativamente superiores de *dependência* no contexto do hospital público ($M=15.17$, $DP=3.05$) em comparação com o contexto de clínica privada ($M=12.15$, $DP=4.17$), $p < .001$. Verificou-se ainda uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes na tomada de decisão na subescala *hipervigilância* $F(=4, 145) = 5.31$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .128$. O grupo de enfermeiros e médicos do contexto hospital público apresentaram níveis significativamente superiores na subescala de *hipervigilância* ($M=13.16$, $DP=2.20$), em relação com o contexto do hospital privado ($M=11.32$, $DP=2.29$), $p=.038$. Também se verificaram níveis significativamente superiores de *hipervigilância* no contexto de hospital público ($M=13.16$, $DP=2.20$), comparativamente ao contexto de clínica privada ($M=11.22$, $DP=3.20$), $p=.005$. Ainda se verificaram níveis superiores de procrastinação no contexto de hospital público ($M=11.72$, $DP=2.5$), em comparação com o contexto de clínica privada ($M=9.67$, $DP=3.10$), $p=.005$. Por fim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na subescala *vigilância* $F(4,145)=1.19$, $p=.316$.

4.6. Tomada de Decisão e anos de experiência

Conduziu-se uma MANOVA unifatorial, em que os anos de experiência (menos de 5 anos, 5-10 anos, 11-20 anos e mais de 20 anos), correspondem à variável independente, e as três subescalas que constituem o instrumento de escala de tomada de decisão clínica (*Definição do Problema e Desenvolvimento dos Objetivos, Procura e Processamento de Dados e Avaliação de Alternativas, Planeamento e Implementação da Ação*) que correspondem à variável dependente. Cada variável foi sujeita a uma Anova Unifatorial seguida de testes a posterior de *tukey*. A Manova mostrou que não existe um efeito multivariado significativo dos anos de experiência e tomada de decisão clínica avaliada em simultâneo, *Traço de Pillai* = .10, $F(9, 438) = 1.74$, $p = .078$.

Do mesmo modo, conduziu-se uma Manova unifatorial, em que os anos de experiência (menos de 5 anos, 5-10 anos, 11-20 anos e mais de 20 anos), correspondendo à variável independente, os e as quatro subescalas que constituem o Questionário de Melbourne de tomada de decisão (*Vigilância, Procrastinação,*

Hipervigilância e Dependência) correspondem à variável dependente. Cada variável foi sujeita a uma *Anova* unifatorial seguida de testes a posterior de *tukey*. A *Manova* mostrou que existe um efeito multivariado significativo do contexto de trabalho na tomada de decisão do questionário de Melbourne (*Vigilância, Procrastinação, Hipervigilância e Dependência*), avaliada em simultâneo, *Traço de Pillai*= .471, $F(12,435)= 6.76$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .157$. A inspeção de efeito de cada uma das variáveis dependentes foi efetuada através da *Anova Unifatorial*, com testes a posteriori de *tukey*. Assim sendo, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes na tomada de decisão na subescala dependência $F(3,146)= 26.28$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .351$. O grupo de médicos e enfermeiros com menos de 5 anos de experiência apresentou níveis significativamente inferiores na subescala dependência ($M=12.24$, $DP=4.02$), comparativamente com o grupo que tem 11- 20 anos de experiência ($M= 16.05$, $DP=2.18$), $p < .001$. Também se verificaram níveis significativamente inferiores de dependência nos participantes com menos de 5 anos de experiência ($M=12.24$, $DP=4.02$) em relação aos profissionais com mais de 20 anos de experiência ($M=15.88$, $DP=1.92$), $p < .001$. Os participantes com 5-10 anos de experiência apresentaram níveis significativamente inferiores na subescala dependência, ($M=11.12$, $DP=3.36$), em comparação com os participantes que têm entre 11 e 20 anos de experiência ($M=16.05$, $DP=2.18$), $p < .001$. verificou-se ainda que os participantes com 5-10 anos de experiência apresentaram níveis significativamente inferiores na subescala dependência, ($M=11.12$, $DP=3.36$), comparativamente com os profissionais com mais de 20 anos de experiência ($M=15.88$, $DP=1.92$), $p < .001$. Verificou-se ainda uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes na tomada de decisão na subescala *hipervigilância* $F(3,146)= 20.07$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .292$. Deste modo, verificou-se níveis significativamente inferiores de *hipervigilância* nos participantes com menos de 5 anos de experiência ($M=12.24$, $DP=2.902$), em comparação com os participantes com experiência de 11 a 20 anos ($M=13.73$, $DP=1.48$), $p < .001$, foi ainda possível verificar que os participantes com menos de 5 anos de experiência ($M=12.24$, $DP=2.902$) apresentam resultados significativamente inferiores em relação aos participantes com mais de 20 anos de experiência ($M= 13.60$, $DP=1.72$), $p < .001$. Relativamente aos profissionais com 5-10 anos de experiência ($M= 11.38$, $DP=2.82$) verificou-se níveis significativamente inferiores comparativamente aos participantes com 11-20 anos de experiência ($M=13.73$, $DP=1.48$), $p < .001$. Foi ainda

possível verificar que os profissionais com 5-10 anos de experiência ($M= 11.38$, $DP=2.82$) verificou-se níveis significativos inferiores em comparação com os profissionais com mais de 20 anos de experiência ($M= 13.60$, $DP=1.72$), $p= <.001$. Em relação à subescala de procrastinação verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes $F(3,146)= 17.79$, $p= <.001$, $\eta_p^2=.268$. Foi possível verificar que os participantes com menos de 5 anos de experiência apresentam resultados significativamente inferiores ($M= 9.46$, $DP=2.79$), comparativamente aos participantes com 11-20 anos de experiência ($M=12.45$, $DP=2.09$). Verificou-se ainda que os participantes com menos de 5 anos de experiência apresentam resultados significativamente inferiores ($M= 9.46$, $DP=2.79$), em comparação com os participantes com mais de 20 anos de experiência ($M=12.35$, $DP=1.95$). Relativamente aos profissionais com 5-10 anos de experiência foi possível verificar que apresentam resultados significativamente inferiores ($M=9.73$, $DP=2.68$), comparativamente aos profissionais com 11-20 anos de experiência ($M=12.45$, $DP=2.09$). por fim verificou-se que os participantes com 5-10 anos de experiência apresentam resultados significativamente inferiores ($M=9.73$, $DP=2.68$), relativamente aos participantes com mais de 20 anos de experiência ($M=12.35$, $DP=1.95$).

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A tomada de decisão clínica refere-se ao processo pelo qual os profissionais de saúde analisam informações, ponderam opções e escolhem a ação mais apropriada para atender às necessidades dos pacientes (Tanner,2006; Farčić et al. 2020). Este estudo teve como objetivo investigar as diferenças na tomada de decisão entre médicos e enfermeiros, explorando de que forma fatores individuais como a personalidade, sexo e características emocionais influenciam a eficácia na tomada de decisão.

Observou-se que os médicos demonstraram uma maior tendência para a dependência na tomada de decisão em comparação com os enfermeiros. Este resultado sugere que, na prática clínica, os médicos tendem a consultar ou colaborar com outros profissionais antes de tomar uma decisão, refletindo a complexidade e responsabilidade que muitas vezes enfrentam. Contudo, estes dados parecem contradizer a literatura existente, que indica que a falta de autonomia na enfermagem ainda se constitui um

fator dificultador e negativo para a profissão (Fagerstrom,, & Salmela,, 2010; Serda et al., 2013)

No que concerne à hipervigilância, observou-se que os médicos tendem a adotar um comportamento mais impulsivo na tomada de decisões, especialmente em situações de pressão. Este padrão pode estar relacionado à natureza do trabalho médico, onde a rapidez de ação é frequentemente crucial, particularmente em situações de emergência. A procrastinação foi também prevalente entre os médicos, que tendem a adiar decisões para reunir informações adicionais. Este comportamento sugere, conforme Oliveira (2022), que a procrastinação pode ser encarada como uma estratégia de gestão do stress. Além disso, a literatura aponta que os indivíduos que se encontram em estado de medo, stress ou deprimidos é mais provável que elas procrastinem, atrasem ou adiem tarefas (Dorri, 2017). Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas no estilo de vigilância entre os dois grupos, o que sugere um compromisso comum com a segurança do paciente, conforme observado por Cassiani et al. (2020).

Adicionalmente, as diferenças entre homens e mulheres na abordagem da TD foram evidentes nos fatores de avaliação de alternativas, planeamento e implementação de ação na tomada de decisão clínica. Os homens demonstraram uma maior tendência para adotar uma abordagem analítica e estruturada, o que se alinha à literatura que indicia uma maior orientação por part do homem para a resolução de problemas (Byrnes et al., 1999). Em contrapartida, as mulheres demonstraram uma abordagem mais cautelosa e colaborativa, refletindo uma maior preocupação em minimizar erros, embora isso possa resultar em atrasos na implementação de ações. A complementaridade entre os estilos de tomada de decisão de homens e mulheres é uma vantagem nas equipas clinicas, onde a confiança e rapidez dos homens podem ser eficazes em decisões urgentes, enquanto as mulheres, mais cautelosas e colaborativas, ajudam a garantir a segurança do paciente, resultando em cuidados aos pacientes mais eficazes e eficientes (Klein & Associates, 2008)

Verificou-se ainda, que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do sexo masculino e feminino na formação na tomada de decisão. Estes resultados sugerem que, independentemente do sexo, os profissionais recebem uma formação semelhante na área da tomada decisão clínica, indicando uma homogeneidade nas oportunidades de desenvolvimento destas competências. Este resultado vai ao encontro da literatura que concluiu que as políticas de formação em

saúde têm evoluído para eliminar disparidades de gênero na formação profissional (Ball et al. 2013).

A influência da personalidade também se destacou, revelando que traços como o *Neurocitismo* estão associados a uma menor capacidade de procura e processamento de informação. Isso sugere que indivíduos com altos traços de níveis de *Neurocitismo* podem ter um desempenho inferior na procura de informações relevantes, corroborando estudos que indicam que a ansiedade e stress afetam a capacidade de concentração (Costa & McCrae, 1992). O traço de Extroversão, por outro lado não apresentou correlações significativas, indicando que, embora influencie a interação social, pode não afetar diretamente a tomada de decisão clínica (McCrae & Costa, 2008). A *Abertura à experiência* correlacionou-se negativamente com a *Definição de Problemas* e a *Procura e Processamento de Dados*, sugerindo que indivíduos com alta abertura podem ter dificuldades em estabelecer objetivos claros e em processar informações (McCrae & Costa, 1997). A conscienciosidade apresentou também uma correlação negativa significativa com a avaliação de alternativas, sugerindo que os indivíduos altamente conscienciosos podem apresentar dificuldades em tomar decisões, possivelmente devido à preocupação excessiva com detalhes (Roberts et al., 2007).

Outro resultado relevante foi a ausência de relação entre as competências socioemocionais e a tomada de decisão clínica sugerindo que, nesta amostra, as competências emocionais não estão diretamente ligadas à eficácia na tomada de decisão clínica. É importante considerar que as interações emocionais, podem ser mais evidentes em contextos que exigem comunicação e empatia, como na relação com os pacientes, mas menos relevantes em situações onde decisões rápidas e técnicas são necessárias como em ambientes de emergência (Kozłowski et al. 2017). Para aprofundar a compreensão destes dados, pesquisas futuras devem considerar como as competências socioemocionais se integram no processo de decisão em diferentes cenários clínicos.

Os profissionais que exercem em hospitais privados e clínicas privadas demonstraram um desempenho superior na capacidade de procurar e processar dados em comparação com os que atuam em centros de saúde. Mihdawi et al. (2020), afirmam que estes resultados podem ser explicados pela natureza do ambiente de trabalho, onde as características de recursos e suporte técnico podem ser mais robustas. Em contrapartida, os profissionais de hospitais públicos apresentaram níveis mais elevados

de *dependência e Hipervigilância* comparativamente com os profissionais de hospitais privados e clínicas. Estes resultados podem ser explicados pelo ambiente mais stressante e pela falta de recursos frequentemente associados aos hospitais públicos, que poderá levar a um aumento da dependência e da ansiedade dos profissionais (Belloni et al. 2022). Além disso, verificou-se que níveis elevados de *Neurocitismo* estão associados a um estilo de decisão menos impulsivo e com menor tendência a procrastinar; estes resultados corroboram a literatura que aponta para o impacto das características da personalidade na eficácia da TD, indicando que profissionais com maior autocontrolo tendem a ser mais eficientes em contextos de alta pressão (Othman et al., 2020).

Por fim, não foram evidenciados efeitos nos anos de experiência na Tomada de Decisão Clínica, mas as análises revelaram que os profissionais com menos experiência apresentam níveis inferiores de Dependência, Hipervigilância e Procrastinação. Isso sugere que a experiência pode, de facto, promover um desenvolvimento de competências de TD ao longo do tempo (Wu et al. 2016b).

Contudo, este estudo não está isento de limitações. Em primeiro lugar a discrepância no número de participantes entre os grupos de médicos e enfermeiros, com um número significativamente superior de enfermeiros na amostra. Esta desproporção deve-se ao facto de a seleção dos participantes ter sido por conveniência, o que dificultou a obtenção de um equilíbrio entre as duas categorias. Por isso, as conclusões aqui referidas devem ser tomadas com cautela. Adicionalmente, a natureza transversal do estudo constitui-se como uma limitação importante, pois os dados recolhidos refletem apenas um momento específico da TD. Assim, não foi possível avaliar de que forma os comportamentos de decisão podem evoluir ao longo do tempo ou variar em respostas a diferentes contextos e pressões clínicas. Outro fator a considerar é a quantidade considerável de questionários que não foram completados, o que pode ter impactado robustez dos resultados. Além disso, os médicos e enfermeiros podem ter diferentes graus de autonomia na TD, o que pode influenciar as respostas. Para estudos futuros, seria importante tornar a amostra (e subamostras) mais homogéneas e representativas. Uma abordagem que poderia enriquecer a investigação seria a inclusão de cenários hipotéticos de decisão clínica perante os participantes, permitindo uma análise mais profunda das dinâmicas de tomada de decisão em diferentes contextos.

6. CONCLUSÃO

Aprofundar a tomada de decisão clínica é explorar um campo complexo onde a personalidade, contexto de trabalho e a experiência profissional se interligam, influenciando diretamente o comportamento dos profissionais. Este estudo procurou analisar essas nuances, comparando médicos e enfermeiros em relação aos seus estilos de decisão considerando fatores como dependência, hipervigilância, procrastinação e outros fatores como sexo e personalidade. Os resultados revelaram padrões que desafiam algumas expectativas estabelecidas, proporcionando novas perspectivas sob a forma como diferentes grupos profissionais abordar a TD em cenários clínicos.

A presente investigação demonstrou que os médicos tendem a ser mais dependentes na tomada de decisões, preferindo colaborar com outros profissionais, o que pode estar relacionado com a complexidade das decisões que enfrentam diariamente. Por outro lado, os enfermeiros, apesar de enfrentarem desafios de autonomia, mostraram-se mais independentes no processo decisório. Estes resultados indicam que a autonomia profissional na enfermagem pode estar a evoluir de forma positiva. Além disso, observou-se que a procrastinação, comum entre os médicos pode ser uma estratégia adotada para lidar com o stress, e que a hipervigilância, embora presente em ambos os grupos, não apresentou diferenças significativas, sugerindo um compromisso comum com a segurança do paciente. Ainda que o presente estudo possa trazer algumas conclusões importantes sobre a TD, é necessária alguma cautela nas suas inferências generalizadas, dadas algumas limitações que a investigação comportou. Ou seja, o presente estudo não está isento de limitações. A amostra foi predominantemente composta por enfermeiros, o que pode ter influenciado os resultados, por outro lado a seleção por conveniência limitou a representatividade de ambos os grupos. Além disso a natureza transversal do estudo não permitiu a análise das mudanças ao longo do tempo, o que seria fundamental para captar evolução da TD ao longo das diferentes fases da carreira. Investigações futuras devem focar-se em amostras mais equilibradas e heterogêneas, integrando metodologias longitudinais para uma compreensão mais profunda da dinâmica da TD.

A influência da personalidade também foi um aspeto chave neste estudo. Traços como o neurocitismo apresentaram uma correlação negativa com a eficácia na procura

e processamento de dados, enquanto a conscienciosidade, apesar de ser geralmente associada a um melhor desempenho, pareceu complicar a avaliação de alternativas. Estes resultados sublinham a necessidade de considerar as características individuais ao desenvolver estratégias de formação e intervenção na TD.

De um modo geral, este estudo reforça a importância de uma abordagem multidimensional para a compreensão da TD, que integre fatores pessoais, pessoais e contextuais. A continuidade da investigação nesta área será crucial para o desenvolvimento de abordagens que possam aprimorar as competências de TD em médicos e enfermeiros, que não só melhoram a qualidade das decisões, mas também a segurança e eficiência dos cuidados de saúde prestados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adenyi, A. O., Okolo, C. A., Olorunsogo, T., Babawarun, O., Adenyi, A. O., Okolo, C. A., Olorunsogo, T., & Babawarun, O. (2024). Leveraging big data and analytics for enhanced public health decision-making: *A global review*. , 18(2), 450–456. <https://doi.org/10.30574/GSCARR.2024.18.2.0078>
- Alaseeri, R., Rajab, A., & Banakhar, M. (2021). Do personal differences and organizational factors influence nurses' decision making? A qualitative study. *Nursing Report*. 11(3), 714–727. <https://doi.org/10.3390/nursrep11030067>
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2013). "Care left undone" during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. [10.1136/bmjqs-2012-001767](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767)
- Belloni, M., Carrino, L., & Meschi, E. (2022). The impact of working conditions on mental health: Novel evidence from the UK. *Labour Economics*, 76, 102176. <https://doi.org/10.1016/J.LABECO.2022.102176>
- Byrne, K. A., Silasi-Mansat, C. D., & Worthy, D. A. (2015). Who chokes under pressure? The Big Five personality traits and decision-making under pressure. *Personality and Individual Differences*, 74, 22–28. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2014.10.009>
- Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(3), 367–383. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.367>

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5–13. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.5>
- Cassiani, S. H., Fernandes, F.M. N., Reveiz, L., Filho, J. R. F., & da Silva, F. A. M. (2020). Combinação de tarefas do enfermeiro e de outros profissionais na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.82>
- Almeida, L.M., Luíza, M., Segui, H., Maftum, M. A., Labronici, L. M., & Peres, A. M. (2011). Management Tools used by nurses in Decision-Making with in the Hospital Context.
- Duarte, H. M. S., & Dixe, M. D. A. C. R. (2021). Clinical Decision-Making in Nursing Scale (CDMNS-PT©) in nursing students: translation and validation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0032>
- Edwards, I., Jones, M., Higgs, J., Trede, F., & Jensen, G. (2004). What is collaborative reasoning? *Advances in Physiotherapy*, 6(2), 70–83. <https://doi.org/10.1080/14038190410018938>
- El Othman, R., El Othman, R., Hallit, R., Obeid, S., & Hallit, S. (2020). Personality traits, emotional intelligence and decision-making styles in Lebanese universities medical students. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00406-4>
- Elwyn, G., Price, A., Victor, J., Franco, A., Gulbrandsen, P., & Analysis, E. (2022). The limits of shared decision making. *BMJ Evidence-Based Medicine Month*, 0. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112089>
- Fagerström, L., & Salmela, S. (2010). Leading change: A challenge for leaders in Nordic health care. *Journal of Nursing Management*, 18(5), 613-617. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01158.x>
- Farčić, N., Barać, I., Lovrić, R., Pačarić, S., Gvozdanić, Z., & Ilakovac, V. (2020). The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph17093059>
- Hedayatipour, M., Etemadi, S., Hekmat, S. N., & Moosavi, A. (2024). Challenges of using evidence in managerial decision-making of the primary health care system. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12913-023-10409-7/FIGURES/3>

- Klein, G., & Associates, K. (2008). Naturalistic decision making. *Human Factors*, 50(3), 456–460. <https://doi.org/10.1518/001872008X288385>
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., Rowley, J., & Sutherland, J. (2017). *The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review*. *BMC medical education*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S12909-017-1089-7>
- Lima M., & Simões, A., (2000). *A Teoria dos cinco fatores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico*. 18(2), 171–179.
- Lopes Lourenço, I. (2022). A Tomada de decisão na Gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. (30), 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Luker, K., Hogg, C., Austin, L., Ferguson, B., & Smith, K. B., (1998). Decision making: the context of nurse prescribing. Em *Journal of Advanced Nursing*. 25(3). 657-665. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00592.x>
- Maciej Serda, Becker, F. G., Cleary, M., Team, R. M., Holtermann, H., The, D., Agenda, N., Science, P., Sk, S. K., Hinnebusch, R., Hinnebusch A, R., Rabinovich, I., Olmert, Y., Uld, D. Q. G. L. Q., Ri, W. K. H. U., Lq, V., Frxqwu, W. K. H., Zklfk, E., Edvvhg, L. V, ... فاطمی ح. (2013). Synteza i aktywność biologiczna nowych analogów tiosemikarbazonowych chelatorów żelaza. *Uniwersytet śląski*, 7(1), 343–354. <https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios.
- Matteson, P., & Hawkins, W., (1990). Concept Analysis of Decision Making. *Nursing Forum*, 25(2), 4–10. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6198.1990.TB00842.X>
- Masic, I. (2022). Medical Decision Making - an Overview. *Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, 30(3), 230–235. <https://doi.org/10.5455/AIM.2022.30.230-235>
- McBrien, A., Wild, M., & Bachorowski, J. A. (2018). Social–Emotional Expertise (SEE) Scale: Development and Initial Validation. 27(8), 1718–1730. <https://doi.org/10.1177/1073191118794866>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality Trait Structure as a Human Universal. *American Psychologist*, 52(5), 509–516. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>

- Santos, A. B., Cunha, M., Novo, M., Massano-Cardoso, I., & Galhardo, A. (2022). Validação da versão portuguesa da Social-Emotional Expertise Scale. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 8(1), 1–17. <https://doi.org/10.31211/rpics.2022.8.1.245>
- Nibbelink, C. W., & Brewer, B. B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 917–928. <https://doi.org/10.1111/JOCN.14151>
- Nleeson. (2023, abril 25). *Médicos mais extrovertidos, mas também mais neuróticos e menos abertos do que os pacientes: estudo*. <https://blogs.bmj.com/bmjopen/2023/04/25/doctors-more-extroverted-but-also-more-neurotic-and-less-open-than-patients-study/>
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. da S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. Em *Texto e Contexto Enfermagem* (Vol. 25, Número 2). Universidade Federal de Santa Catarina. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond . 5(2)
- Patel, V. L., Kaufman, D. R., & Magder, S. A. (1996). *The Acquisition of Medical Expertise in Complex Dynamic Environments*.
- Queiroz T., & Araujo T., (2009). A study about individual and group perceptions of health workers. 19(43), 177-187. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200006>
- Ribeiro, P., J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. 5 (2). <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>
- Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. (2007). *The Power of Personality: The Comparative Validity of Personality Traits, Socioeconomic Status, and Cognitive Ability for Predicting Important Life Outcomes*. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 2(4), 313-345. <https://doi.org/10.1111/J.1745-6916.2007.00047.X>

- Rosenthal, H. E. S., & Crisp, R. J. (2006). Reducing stereotype threat by blurring intergroup boundaries. *Personality and social psychology bulletin*, 32(4), 501–511. <https://doi.org/10.1177/0146167205281009>
- Stubbings, L., Chaboyer, W., McMurray, A., Rn, M. A., Lecturer, R. A., & Emeritus, F. (2012). Nurses' use of situation awareness in decision-making: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1443–1453. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2012.05989.X>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Tiffen, J., Corbridge, S. J., & Slimmer, L. (2014). Enhancing Clinical Decision Making: Development of a Contiguous Definition and Conceptual Framework. *Journal of Professional Nursing*, 30(5), 399–405. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.01.006>
- Tsai, H. M., Wang, H. H., Sakashita, R., Oh, E. G., Chen, C. M., & Im, E. O. (2024). Current Status of Translational Science in Nursing Across Four Countries. *ANS. Advances in nursing science*, 47(3), 302–315. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000537>
- Wang, Y., Chien, W. T., & Twinn, S. (2012). An exploratory study on baccalaureate-prepared nurses' perceptions regarding clinical decision-making in mainland China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11–12), 1706–1715. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2011.03925.X>
- Wu, M., Yang, J., Liu, L., & Ye, B. (2016a). An Investigation of Factors Influencing Nurses' Clinical Decision-Making Skills. *Western Journal of Nursing Research*, 38(8), 974–991. <https://doi.org/10.1177/0193945916633458>
- Wu, M., Yang, J., Liu, L., & Ye, B. (2016b). An Investigation of Factors Influencing Nurses' Clinical Decision-Making Skills. 38(8), 974–991. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945916633458>

ANEXOS

Anexo 1

Flyer de divulgação do Questionário

Investigação: partilhe e divulgue

Tomada de Decisão em Profissionais de Saúde: Influência de variáveis individuais

Requisitos para participar no estudo
Médicos e Enfermeiros portugueses a trabalhar em território nacional



Agradeço a sua participação



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde de Soraia Santos (41563@alunos.upt.pt), Orientação: Prof. Doutor Pedro F.S. Rodrigues, Coorientação: Profª Doutora Sara M. Fernandes

Anexo 2

Carta de apresentação às instituições

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

- Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde -

Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Exmo/a. Sr/a.,

Vimos por este meio solicitar a V. colaboração na recolha de dados referente ao **Projeto de Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Dra. Sorala Raquel Ferreira dos Santos**, que está a ser conduzido sob orientação científica do Prof. Doutor Pedro F. S. Rodrigues (Professor da Universidade Portucalense Infante D. Henrique).

O referido projeto de investigação tem como principal objetivo averiguar os processos de tomada de decisão numa amostra de profissionais de saúde portugueses, especificamente médicos e enfermeiros. O projeto procura ainda relacionar as tomadas de decisão clínica com variáveis individuais, tais como fatores de personalidade e fatores emocionais.

A participação neste estudo é individual e os dados para além de anónimos, serão tratados de forma totalmente confidencial, em cumprimento das normas/diretrizes éticas espelhadas na Declaração de Helsínquia e no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Os/as participantes convidados/as a participar neste estudo, preencherão um consentimento informado e seguidamente um conjunto de questionários de autorresposta. A duração do preenchimento dos questionários será de aproximadamente 10 minutos (+/- 5 minutos). O preenchimento dos questionários poderá ser em formato de papel e/ou em formato online.

Em contrapartida, e sempre que possível, a referência à instituição que dirige, caso participe nesta investigação, será realizada na versão final da Dissertação, e em potenciais produtos científicos que resultarem deste estudo.

No caso de aceitação, a logística de recolha de dados deverá ser combinada entre o dirigente da instituição e a estudante de mestrado, que se compromete a seguir todas as instruções que a instituição fornecer.

Estamos certos que este estudo será muito importante, não só para a realização da referida dissertação, mas sobretudo para conhecer os padrões de tomada de decisão em profissionais de saúde portugueses, fornecendo informação/diretrizes para o futuro. Por isso, consideramos que a colaboração da V. instituição é crucial.

Ficando a aguardar parecer da V. parte e agradecendo antecipadamente a vossa atenção, despeço-me com os meus melhores cumprimentos. Por ser verdade, este ofício vai datado e assinado pela estudante de mestrado e pelo orientador científico.

1/2



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 541
4200-072 Porto
Portugal

+351 225 572 000
+351 969 773 967

upt@upt.pt
www.upt.pt

Declaração de Autorização de Depósito no Repositório Institucional

Nome: Soraia Payol Ferreira dos Santos

Telf./Telm.: 936118038 Nº. do B.I./C.C.: 30109024

Correio eletrónico: 41563@alunos.upt.pt

Mestrado em: Psicologia Clínica e da Saúde

Doutoramento em: _____

Título da Dissertação/~~Trabalho de Projeto~~/~~Relatório de Estágio~~/~~Tese~~ (Riscar o que não interessa): _____

Tomada de decisão em profissionais de Saúde Portuguesa - A influência de variáveis individuais

Orientador(es): Professor Doutor João T.S. Rodrigues e Professora Doutora Soraia M. Fernandes

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo gratuitamente à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização para arquivar e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu Repositório Institucional, o trabalho supra identificado, de acordo com o seguinte estatuto (assinalar apenas uma opção):

- Disponibilização imediata do texto integral para acesso mundial.
- Disponibilização do texto integral após um período de embargo de 1 ano 2 anos 3 anos após o qual autorizo o seu acesso mundial.
- Disponibilização apenas da informação bibliográfica do trabalho (autor, título e resumo, entre outros).

Mais declaro que a subscrição da presente declaração não implica a renúncia à titularidade dos direitos de autor, os quais são pertença do subscritor desta declaração, nem ao direito de usar a obra em trabalhos futuros.

Porto, 15 de Outubro de 20 24

Assinatura: Soraia Santos