



ENFERMAGEM CONTEMPORÂNEA

DEZ TEMAS, DEZ DEBATES

Colecção E-books Oficinas Temáticas. Nº1. 2013.

COORDENADORES

Felismina Mendes, Laurência Gemito, Dulce Cruz, Manuel Lopes

Ficha Técnica

Título: *Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates*

Coordenadores: Felismina Mendes, Laurência Gemitto, Manuel Lopes

Edição Gráfica: Fundação Luis de Molina

Design: Carmen Murteira

Edição: Universidade de Évora

Local: Évora

ISBN: 978-989-20-4162-9

Data: dezembro 2013

Índice

Introdução.....	6
1. O trabalho em rede e o combate à violência doméstica.....	13
2. Construção do conhecimento em enfermagem: Duas perspectivas.....	26
3. Conhecimento em enfermagem: representações sociais construídas por estudantes de formação inicial.....	30
4. Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: Contributos conceptuais e interrogações	46
5. Segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde.....	74
6. Parto por cesariana: Salvação e/ou conformidade?.....	89
7. A relação terapêutica como <i>pacto de cuidados</i> (Perspectiva de Paul Ricoeur).....	110
8. Cuidadores informais: Quem quer ou quem pode?.....	133
9. Espiritualidade em enfermagem.....	151
10. O diagnóstico de enfermagem angústia espiritual.....	167



Introdução

Introdução

O ebook que aqui se apresenta resulta da compilação das diferentes intervenções que tiveram lugar nas Oficinas Temáticas mensais (no total de nove), que decorreram no ano de 2013, na ESESJDUE. As Oficinas Temáticas definem-se como espaços de discussão pública entre a academia, as diversas organizações de saúde da sociedade civil (públicas, privadas e de solidariedade social) e os agentes sociais da saúde.

Com este espaço pretendeu-se promover o debate, a discussão, a reflexão e a confluência de saberes sobre as várias dimensões da enfermagem, da saúde e da doença na sociedade atual.

Estas oficinas procuraram colocar em articulação as diferentes perspectivas sobre uma determinada área temática da saúde, desde os conhecimentos científicos produzidos (resultantes da investigação produzida ou em curso nessa área), ao seu enquadramento pelas políticas públicas, marcando a exploração dos discursos oficiais e as perspetivas de diferentes profissionais sobre a saúde a doença e a enfermagem.

Foram, e continuarão a ser, objetivos das Oficinas Temáticas promover um espaço de reflexão, discussão e partilha de saberes aberto aos diferentes atores da academia e da sociedade/comunidade sobre a saúde na atualidade; estimular e possibilitar a reflexão e discussão fora da sala de aula e incentivar a produção de relatos resultantes da discussão e reflexão, a serem publicados e partilhados na comunidade virtual - este ebook é o resultado do primeiro ano de trabalho.

Os temas debatidos neste primeiro ano foram aqueles que habitualmente estão ausentes dos programas curriculares da enfermagem, mas cuja centralidade marca as agendas quer da área clínica, quer do ensino, quer da política de saúde. São disso exemplo as questões da violência doméstica e de género, o conhecimento em enfermagem, a segurança do doente, as práticas simuladas, a medicalização do parto, os valores éticos, a comunicação em saúde, os cuidadores informais ou a espiritualidade nos cuidados¹.

A heterogeneidade dos temas discutidos, visou colmatar necessidades sentidas de refletir, discutir e aprofundar cada uma das referidas temáticas a partir de novas perspetivas

¹ O nome do ebook resulta precisamente dos dez temas debatidos. Nele, apresentam-se apenas os textos relativos a sete temas, pois os autores dos restantes mostraram-se indisponíveis para apresentar o seu contributo por escrito.

e abordagens e simultaneamente captar novos contributos disciplinares para enriquecer o conhecimento em enfermagem.

Tendo como referência o relatório Frenk¹, cada vez mais a enfermagem, tal como todas as disciplinas da área da saúde, deve exercer um papel central nas reformas institucionais e educacionais necessárias à saúde. Para tal, afirma-se a necessidade preparar os futuros profissionais para o trabalho em equipa não só interprofissional (várias profissões que trabalham em conjunto para um objetivo comum) mas essencialmente transdisciplinar (várias profissões trabalham em conjunto sob um modelo compartilhado com uma linguagem comum). Neste novo modelo também designado por “profissionalismo transdisciplinar” (Belar, 2013)², cada um não só usa a sua própria experiência, para resolver problemas comum com base num modelo integrativo, mas assume ativamente seu papel de agente da mudança, revela-se um gestor competente dos recursos e um promotor de políticas baseadas em evidência, enfatizando sempre a responsabilidade pelo seu desempenho. Trabalhando em conjunto, os diferentes profissionais da saúde, não só melhoram a saúde dos utentes e comunidades como são dignos da sua confiança. Neste contexto, a educação/formação destes profissionais deve ter como objetivos centrais a melhoria dos serviços de saúde, preparando-os para ir de encontro às necessidades dos indivíduos e das populações de uma forma equitativa e eficiente e ainda promover uma visão global e comum da saúde para o futuro.

As mudanças propostas, segundo os referidos autores, não cabem em currículos estáticos e em modelos educativos fragmentados, desatualizados e insensíveis às exigências da saúde na sociedade atual. Para responder a este objetivo, o relatório citado salienta a necessidade de, no processo formativo dos estudantes da área da saúde (enfermagem, medicina, nutrição, serviço social), assumir lugar de destaque o nível transformador da aprendizagem, que inclui competências para liderar e mudar o

¹Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010, 376:1923-1958.

²Belar, S. (2013). Introducing Transdisciplinary Professionalism. *Establishing Transdisciplinary Professionalism for Improving Health Outcomes: Workshop Summary* (Institute Of Medicine the National Academies Press) www.nap.edu

sistema de saúde, competências de interação e de trabalho em equipa e o conhecimento sobre a governança do sistema de saúde e dos seus componentes.

Neste contexto, cabe à academia um papel central no debate e reflexão necessárias às mudanças que o novo modelo de educação/formação dos profissionais de saúde exige. As Oficinas Temáticas realizadas durante o ano de 2013 foram, a seu modo, e espera-se que continuem a ser, o ponto de partida para a reflexão imprescindível à mudança que se impõe e deseja.

O primeiro texto deste ebook centra-se no trabalho em rede no combate à violência doméstica. Apesar da Violência Doméstica ser um fenómeno presente na sociedade desde tempos imemoriais, só nos anos mais recentes ganhou visibilidade pública e mobilizou esforços congregados de diferentes áreas no seu combate. Apesar disso, este é um tema que tem estado ausente dos currículos académicos das diferentes profissões da saúde. O debate e reflexão sobre Violência Doméstica permitiu, não apenas conhecer o trabalho realizado no âmbito da Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora (RIIDE) e os objetivos que visa alcançar, mas também sensibilizar os docentes para a importância deste tema ser integrado na formação dos futuros enfermeiros, cujo papel no combate à Violência Doméstica, a partir de um trabalho integrado, não pode ser ignorado.

A construção do conhecimento em enfermagem na perspetiva do estudantes de licenciatura e o raciocínio clínico dos enfermeiros dominaram a reflexão do segundo tema. Quer um, quer outro são fundamentais para a compreensão da enfermagem como disciplina e para a prestação de cuidados, ao permitirem compreender quer como se estrutura esta realidade, quer como se reflete sobre ela.

O primeiro texto centra-se na análise das representações sociais dos estudantes sobre a conhecimento em enfermagem e o segundo apresenta uma reflexão profunda sobre as questões que medeiam o processo de raciocínio clínico dos enfermeiros.

O terceiro tema debatido e refletido foi a segurança do doente e a qualidade dos cuidados. Em qualquer área da saúde este é um tema incontornável no atual contexto dos cuidados de saúde. A qualidade dos cuidados e os custos associados aos cuidados dominam os mercados e os negócios da saúde e definem a pressão sobre a organizações de saúde, obrigadas a agir e a incorporarem os princípios e os conceitos da segurança do doente na prática quotidiana. Neste texto apresentam-se o princípios

centrais que devem sustentar o posicionamento de todos os profissionais de saúde face à implementação de uma cultura de segurança na saúde.

No quinto texto analisa-se a medicalização do parto a partir de uma investigação (ainda em curso) sobre os motivos subjacentes à opção das mulheres grávidas pelo parto por cesariana. Os avanços nos campos da anestesiologia e da antibioterapia, se vieram trazer mais segurança a este ato também contribuíram para a medicalização do parto, nomeadamente através do aumento das taxas de cesariana. As questões debatidas centram-se no papel das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia e o seu papel na informação e formação das grávidas em termos de opção face ao parto.

Apesar do avanço da medicalização não atingir todos os fenómenos com o mesmo grau de intensidade, o nascimento é um dos acontecimentos mais medicalizados, desde a indução do parto até ao próprio parto, com os riscos que lhe são inerentes. Este texto questiona e discute os motivos que levam as mulheres a optar por um parto por cesariana e, desta forma, a aderirem à medicalização de um acontecimento ancestralmente descrito como “natural”.

A relação terapêutica como pacto de cuidados na perspectiva de Paul Ricoeur é o tema dominante do texto seis, em que são refletidas e aprofundadas as conceções filosóficas e éticas deste autor sobre o pacto de cuidado. A partir das conceções de Ricoeur, a autora reflete sobre o significado ético das relações entre quem cuida e quem é cuidado, salientando a importância da apreciação crítica das questões éticas e do agir, no quotidiano dos cuidados de enfermagem.

No texto seguinte analisam-se as questões dos cuidadores informais, que se avolumam na justa proporção em que se assiste ao envelhecimento da população, à complexificação do contexto social caracterizado por alterações nas estruturas familiares, bem como a alteração das políticas sociais que apelam à permanência de idosos e dependentes nos seus ambientes familiares e às novas políticas de saúde com valorização dos tratamentos ambulatoriais e diminuição dos tempos de demora média de internamento. Apesar da complexidade que caracteriza a prestação de cuidados informais, é à família que tradicionalmente se atribui a responsabilidade pelo cuidado informal, ignorando-se frequentemente toda a dinâmica que envolve este tipo de cuidado e as implicações que gera na própria estrutura familiar.

O tema que encerra este ebook é a espiritualidade em Enfermagem, que congrega dois textos. No primeiro, enquadra-se a espiritualidade no âmbito dos cuidados de saúde e de enfermagem e destaca-se a sua importância nas profissões ligadas ao cuidado humano. Afirma-se que a espiritualidade não pode ser confundida com religiosidade. Ela é uma dimensão de vida do ser humano, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, permite que cada um reconheça o sentido que procura para a sua existência e se diferencia de outro ser humano. A espiritualidade, parte integrante da experiência vivencial de cada ser humano, deve assumir também um lugar central na atenção dos profissionais de saúde.

O segundo texto, sobre a espiritualidade em enfermagem, centra-se na validação clínica do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual, realizado com um grupo de doentes adultos de um serviço de hemato-oncologia. Alerta-se para a prevalência do diagnóstico angústia espiritual e afirma-se a necessidade de os enfermeiros estarem atentos a este diagnóstico que não deve ser confundido com uma situação patológica de depressão e refere-se a importância do aprofundamento conceitual da espiritualidade em enfermagem, através do conhecimento de como os doentes vivenciam a angústia espiritual e quais os significados atribuem a esse estado de sofrimento na sua vida.

Por fim, salienta-se que apesar da heterogeneidade dos temas e das diferentes aproximações realizadas pelos autores, os textos aqui reunidos traduzem-se num importante contributo para a reflexão da enfermagem contemporânea e para uma aproximação ao trabalho transdisciplinar na saúde.

Felismina Mendes



1. O trabalho em rede e o combate à violência doméstica

1. O trabalho em rede e o combate à violência doméstica

Manuel Lopes – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Maria Laurência Gemito - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Felícia Tavares Pinheiro - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Introdução

No contexto das sociedades atuais cada vez mais nos confrontamos com fenómenos de complexidade crescente, exigindo respostas igualmente complexas. Esta situação decorre, entre outros, da diversidade e complexidade das (re)organizações das tradicionais instituições sociais, associadas a sociedades crescentemente urbanizadas.

Em parte, a dificuldade da resposta resulta da exigência da comunidade mas particularmente do utente, de uma resposta adequada, personalizada e em tempo útil. Ou seja, uma resposta dada por diferentes organizações as quais têm em cada momento de ter o utente no centro da sua atividade e de estar de tal modo articuladas com outras que permitam uma continuidade tal que deem sentido à expressão *follow the client*.

Ora, sabe-se que grande parte da dificuldade de resposta das organizações prestadoras de serviços está associada às dificuldades associadas às interfaces entre equipas, serviços ou organizações. Daqui decorrem consideráveis níveis de ineficácia, mas também de insatisfação entre os profissionais e dos utentes relativamente a estes e aos serviços.

Para obviar estes problemas têm sido testadas diferentes soluções. A que aqui apresentamos caracteriza-se por aproveitar os recursos instalados, reorganizando-os em redes temáticas de tal modo que estas permitam potenciar sinergicamente as competências existentes e assim articular uma resposta mais adequada às necessidades dos utentes.

Contextualização teórica do trabalho em rede

As constantes mudanças decorrentes das rápidas transformações que nos últimos anos ocorreram criaram nas organizações a necessidade de repensar a sua forma de trabalhar, recorrendo a novos desenhos organizacionais. No campo organizacional, o ambiente em rede é aplicado a uma vasta variedade de formas de relações entre as

instituições parceiras. O conceito de rede tem sido usado para caracterizar um conjunto de fluxos, nomeadamente, recursos e informações entre um conjunto de nós, como sejam indivíduos, grupos, organizações e sistemas de informações. As redes não são imutáveis, decorrem num processo de contínua mudança e podem ser construídas, reproduzidas e alteradas em consequência das ações e atores que as integram (Lima, Silva & Calvosa, 2008).

Redes são estruturas abertas com uma capacidade ilimitada de expansão, integrando novos nós, desde que consigam comunicar dentro da rede, compartilhando os mesmos códigos. Uma estrutura social baseada em redes é um sistema aberto, dinâmico e suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio (Castells, 2000; Oliveira, 2004). As principais características do trabalho em rede são a horizontalidade, a multiliderança, objetivos compartilhados, livre intercomunicação horizontal, corresponsabilidade, democracia, solidariedade, autonomia e empoderamento dos seus membros e livre entrada e saída (Martinho, s/d). Uma estrutura em rede corresponde ao que o seu próprio nome indica: os seus componentes ligam-se horizontalmente a todos os demais, diretamente ou através dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios que se pode disseminar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos restantes. Não há um “chefe”, o que há é uma vontade coletiva de realizar determinado objetivo (Whitaker, s/d). Cada rede pode ter um ou vários facilitadores sem qualquer poder diferenciado dos restantes membros da rede mas que detêm atributos específicos que os habilitam como facilitadores (Martinho, s/d).

O caráter democrático é ditado pela sua abertura à entrada de novos membros tal como à possibilidade de cada um se desligar quando entender conveniente, sem que seja conotado como abandono. Este funcionamento democrático é medido pela real liberdade de circulação de informações no seu interior e, portanto, pela inexistência de censuras, controle, hierarquizações ou manipulação nessa circulação (Whitaker, s/d).

O trabalho em rede pressupõe objetivos comuns, tais como intercâmbio de informações, realização de ações conjuntas e contribuição na formação dos seus membros (Martinho, s/d). Numa estrutura organizacional em rede – horizontal – todos têm o mesmo poder de decisão, porque decidem apenas sobre a sua própria ação e não sobre a dos outros. Não há dirigentes nem dirigidos, ou os que mandam mais e os que

mandam menos. Todos têm o mesmo nível de responsabilidade – que se transforma em corresponsabilidade – na realização dos objetivos da rede. Cada membro da organização é autônomo e responsável na realização dos objetivos do conjunto. Se eventualmente há delegações de poder, não se estabelecem níveis mas sim tipos diferentes de responsabilidade, com vista à realização dos objetivos definidos (Whitaker, s/d).

Os fios enquanto elos básicos que dão consistência à rede, são as informações que transitam pelos canais que interligam os seus membros e podem organizar-se em redes com o único objetivo de intercâmbio de informações. As redes não comportam centros ou níveis diferentes de poder, pelo que a livre circulação de informações – horizontal – constitui-se como crucial para o bom funcionamento da rede. Todos os seus membros têm que ter acesso às informações que circulem, pelos canais que os interligam. Não podem existir circuitos únicos ou reservados, para que canais que se bloqueiem não impeçam que a circulação da informação se faça, livre e múltipla (Whitaker, s/d).

As características estruturais de rede são, uma forma de organização produzida pelos fluxos da conectividade em arranjos dinâmicos, a autonomia das pessoas ou organizações, não existência de hierarquia e partilha de um objetivo comum pelos participantes. A rede é simultaneamente uma ambiência favorável à ocorrência de ações conjuntas e colaborações difusas (parcerias bilaterais ou multilaterais) (Vasconcelos, 2010).

Uma rede tem, à partida, objetivos comuns que são essencialmente a circulação de informação como base comum de todo e qualquer tipo de rede, a formação dos seus membros, a criação de laços de solidariedade entre os membros e a realização de ações em conjunto (Whitaker, s/d).

Quanto à sua origem e processo de formação podem distinguir-se duas categorias, as redes criadas de forma espontânea e as redes criadas a partir de indução, fomento ou estímulo externo, as designadas “redes induzidas” (Vasconcelos, 2010).

Relativamente aos tipos de rede, estas podem interligar pessoas, entidades, ou ambas. As pessoas e/ou entidades interligadas numa rede podem ser do mesmo tipo ou inteiramente heterogêneas. As redes podem ter diferentes tamanhos, desde o trabalho de equipa até uma rede internacional. Podem existir igualmente redes de redes. Dentro de uma rede podem formar-se sub-redes, com objetivos específicos (Whitaker, s/d).

Uma rede pode ser fortalecida pelo tratamento das pessoas com respeito e integridade, através de processos de comunicação transparentes e encontros presenciais, reforçando os laços de confiança, facilitando a comunicação e o trabalho conjunto. Contudo, trabalhar em rede pode acarretar algumas dificuldades classificadas em três tipos de limitações, nomeadamente barreiras políticas (uma rede coesa e com objetivo claro estará em melhores condições para lidar com problemas de relacionamento entre os seus membros), barreiras técnicas (o uso de sofisticados meios de comunicação quando os membros estão pouco familiarizados com estas tecnologias pode conduzir a dificuldades na sua utilização) e barreiras internas (os membros poderão ter dificuldade em entender a dinâmica e funcionamento da rede decorrente de uma cultura baseada em estruturas hierarquizadas e pouco flexíveis, acresce ainda a necessidade de clareza de papéis dos elementos da rede e objetivos da mesma) (Martinho, s/d).

As redes, tal como sucede com os seres humanos, passam por mudanças e têm os seus próprios processos de desenvolvimento e crescimento, pelo que podem suceder crises relacionadas com problemas na organização. A atuação em rede inicia-se, normalmente, de maneira centralizada e à medida que aumenta o envolvimento dos membros da rede surge a produção comum, promovendo a compreensão do objetivo e a sua interpretação no contexto em que se desenvolve. Assim, uma rede pode ter qualidades orientadas pela tutela, no seu início e autonomizar-se à medida que se desenvolve, tornando-se necessárias novas habilidades para lidar com as tensões, expectativas e relações no seio do grupo (Oliveira, 2004).

Numa organização em rede é imprescindível que a participação dos seus membros seja livre, consciente e assumida. Esta será tanto maior quanto mais forem preenchidos três princípios básicos: a realização do objetivo perseguido seja vital para quem participe na ação, o objetivo só possa ser alcançado se houver efetiva participação e seja aceite como legítimo pelos participantes da ação, o poder dos que dirigem, comandam ou coordenam servem os que agem. A organização em rede pressupõe a identificação clara do seu objetivo, clarificação da rede de circulação de informação e criação de um serviço que facilite e suporte a circulação de informação entre os membros (Whitaker, s/d).

Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora contra a Violência Doméstica: Complementaridade de competências e conjugação de esforços

A violência doméstica (VD) é uma das muitas formas de violência que cabe no conceito proposto pelas Nações Unidas ou seja, *“o uso intencional da força física ou poder, ameaça ou real, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação”* (WHO, 1996).

A VD, outrora considerada como algo da esfera privada, nas últimas três décadas tem vindo a ser objeto de estudo e intervenção, inicialmente no âmbito das forças de segurança e justiça e mais recentemente na área da saúde pública (Hanada, 2007).

A VD é uma problemática que envolve dinâmicas afetivo-relacionais e familiares, mas também ardilosas dinâmicas sociais e financeiras de tal modo que a transformam numa complexa teia que dificulta muito o seu conhecimento e a sua abordagem através das habituais organizações prestadoras de serviços. Na prática estamos conscientes que apenas temos conhecimento de uma ínfima parte do problema e que mesmo esta parte nos coloca dificuldades de resposta.

Estamos assim perante uma situação que exige respostas diferentes. A mais tradicional seria criar uma organização específica e vocacionada para dar resposta a esta problemática. A outra seria juntar as diversas organizações já existentes e criar condições de funcionamento que colmassem as suas lacunas. Ou seja, criar condições que otimizassem o funcionamento de cada uma, pelo natural efeito de comparação com os parceiros, e ao mesmo tempo que melhorasse as lacunas decorrentes da interface entre organizações e/ou entre equipas.

Foi esta última a adotada. Assim, através da conjugação de vontades de um conjunto de entidades diversas que no distrito de Évora vinham desenvolvendo atividades no âmbito do combate à violência doméstica, bem assim como do apoio da Comissão para a Igualdade do Género (CIG) e com o financiamento inicial do Programa Operacional Potencial Humano (POPH), criaram-se as condições para a formalização da Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora (RIIDE). Como objetivos da Rede foram definidos os seguintes:

- Conhecer o fenómeno da violência, através da percepção dos/as vários/as agentes;

- Qualificar os/as técnicos/as que fazem atendimento no âmbito da problemática da violência, dotando-os/as de competências específicas;
- Estabelecer uma parceria efetiva entre os/as vários/as intervenientes na problemática da violência, possibilitando uma intervenção mais eficaz;
- Criar condições para oferecer às vítimas de violência uma resposta integrada e multidisciplinar.

A Rede auto definiu-se como aberta, tendo em consideração que uma enorme diversidade de organizações pode ter um papel importante no combate à violência doméstica. É aberta também à cooperação e intercâmbio com outros projetos semelhantes noutras partes do país, bem assim como às experiências internacionais.

Imbuída deste espírito a RIIDE tem mantido uma atividade de encontros regulares (normalmente mensais) através dos quais vai contribuindo para atingir os objetivos atrás definidos e reconfigurando a sua estratégia.

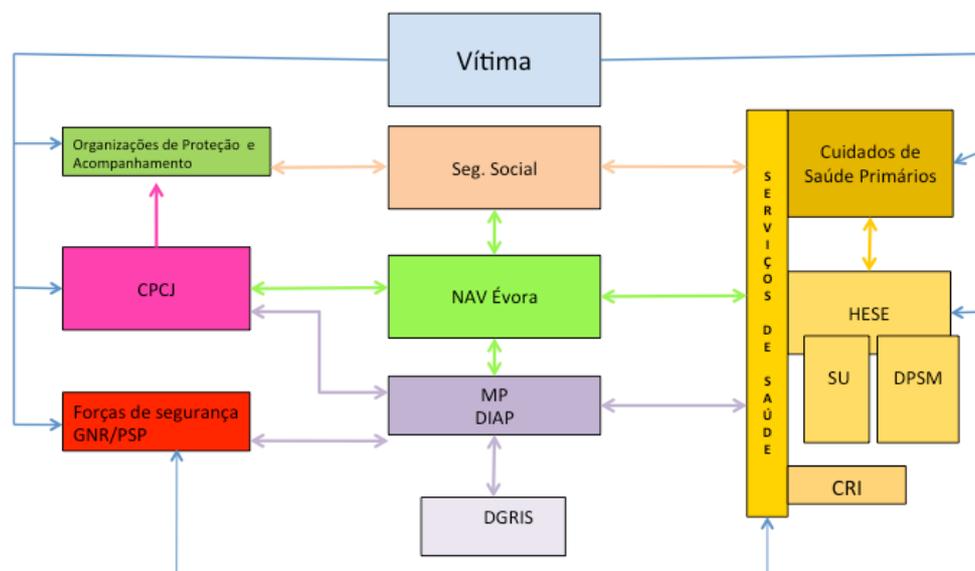
Apesar deste caráter aberto entendeu-se que seria adequado definir quais as organizações que lidam direta e sistematicamente com o problema da violência doméstica em algum momento do complexo processo e em algum nível de prevenção. Deste modo, foram identificadas e passaram a integrar a Rede:

- a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) - promotora da Rede e entidade de referência a nível nacional no combate à violência de género;
- a Universidade de Évora (UÉ) - entidade promotora de atividades de investigação e desenvolvimento e de formação;
- os Serviços de Saúde (ARS; HESE);
- as Forças de Segurança (PSP e GNR);
- as Organizações de Proteção e Acompanhamento (Casas de Abrigo, Chão dos Meninos, CPCJ, NAV);
- o Centro Regional do Instituto de Segurança Social;
- a Direção Geral de Reinserção Social (DGRS);
- a Direção Regional de Educação do Alentejo (DREA), como entidade divulgadora junto das escolas; e
- o Ministério Público através da Direção de Investigação e Ação Penal de Évora (DIAP).

Das ações desenvolvidas ao longo do tempo de atividade desta Rede destacamos as abaixo discriminadas.

Avaliação diagnóstica da organização e funcionamento da Rede - Esta ação concretizou-se através de um conjunto de entrevistas e questionários aplicados aos diversos atores da Rede com a finalidade de perceber o que entendiam como trabalho em Rede, sua importância e constrangimentos. Concretizou-se também no âmbito dos encontros mensais onde eram analisadas situações concretas de disfunções de funcionamento e/ou organização e onde se tentava articular uma resposta mais adequada. Das atividades anteriores resultou ainda a construção dos fluxogramas parcelares de cada uma das entidades que integram a Rede e do fluxograma geral (figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora



Foi uma atividade de enorme importância e que contribuiu definitivamente para o conhecimento mútuo e para a necessária construção de confiança, fator indispensável ao funcionamento da Rede. Estas atividades serviram também para todos os integrantes da Rede perceberem melhor o seu funcionamento, mas principalmente as dificuldades que se colocam do ponto de vista das vítimas. Mas, serviu sobretudo para cada uma das entidades que integram a Rede refletirem internamente a sua organização e o seu contributo para esta Rede.

Análise de casos paradigmáticos - Esta ação teve sempre objetivos pedagógicos para o grupo. Normalmente são apresentados casos que colocam dificuldades diversas, quer

pela sua complexidade, quer pela dificuldade de articulação dos serviços para que a resposta seja a mais adequada. Esta atividade permitiu incrementar também um desenvolvimento sustentado da coesão da Rede. Permite por outro lado a uniformização de procedimentos.

Programa de sensibilização e formação de profissionais que, de algum modo, contactem com vítimas de violência doméstica - Este programa foi levado a cabo ao longo de diversos meses e teve a participação de formadores convidados de outras regiões do país, normalmente associados a projetos de natureza idêntica mas com mais tempo de desenvolvimento. Consideramos esta como uma das componentes essenciais da atividade da Rede, dada a natureza do fenómeno com que lidamos. Todavia este programa deparou-se com algumas dificuldades nomeadamente de adesão de alguns grupos profissionais.

Pela importância que a formação tem neste projeto, entendemos que a mesma deve ser mantida através de um programa estruturado e sistemático, mas precisam ser pensadas novas estratégias que facilitem a adesão dos grupos profissionais mais renitentes.

Desenvolvimento de um site da Rede (www.violenciadomestica.uevora.pt), dividido em duas componentes com objetivos diferentes. A primeira destas componentes é dirigida ao público em geral e tem como objetivos:

- Divulgar a RIIDE e suas atividades;
- Divulgar materiais que promovam o combate à violência doméstica;
- Disponibilizar materiais informativos para o público em geral e para as vítimas de violência doméstica em particular;
- Disponibilizar contactos úteis para esclarecimento de dúvidas e/ou para socorro a vítimas de violência doméstica.
- Permitir a interação em diferido através de uma “caixa” de conversação anónima na qual as pessoas colocam questões e apresentam os seus problemas, sendo os mesmos encaminhados para o elemento da Rede que melhor condição tem para dar a resposta.

A segunda componente do site tem um acesso restrito aos considerados membros da Rede e tem como objetivo fundamental a partilha de informação útil a todos. Esta é uma das formas de incrementar a comunicação e de facilitar a circulação de informação entre os vários elementos da Rede. A outra estratégia utilizada para a partilha de informação é

através de uma *mail list* gerida a partir do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora.

Desenvolvimento de materiais promocionais, destinados à sensibilização e combate à violência doméstica. De entre estes destacamos, um cartaz de divulgação da Rede e dos contactos essenciais, um vídeo constituído por quatro *sketches* que dramatizam algumas das situações mais comuns de violência doméstica e que, dessa forma, fazem apelo às vítimas para que revelem a sua situação. Este vídeo destina-se a ser utilizado em todos os locais de atendimento de utentes das organizações de saúde do distrito. Está também disponível nos *sites* da Rede e das organizações envolvidas.

Consensualização do Manual de Recursos da Rede (Lopes, Gemito & Pinheiro, 2012) - Apesar de este documento ser da responsabilidade de uma das entidades (Universidade de Évora), dada a sua natureza, entendemos desde o início que o mesmo deveria ser sujeito a um processo de consensualização no grupo mais alargado. Para o efeito e após a elaboração do primeiro *draft* completo, foi enviado a todos os elementos da Rede solicitando-lhes que o analisassem na totalidade, mas principalmente nas partes que lhes dissessem mais diretamente respeito. Posteriormente marcou-se um *workshop* com o objetivo de, num primeiro momento, se consensualizar o documento por áreas de intervenção e depois a totalidade do Manual. Pretendeu-se assim que se desenvolvesse um processo de apropriação e deste modo que cada um dos participantes sentisse o Manual como seu. Este processo constituiu-se também como determinante no conhecimento e na construção da coesão entre os elementos da Rede.

Projeção e planeamento das atividades a desenvolver - Percebidas as dificuldades e insuficiências e findo o projeto financiado pelo POPH, houve que pensar no desenvolvimento da Rede e nas atividades que o podem incrementar. Parte dessas atividades traduzem-se na implementação progressiva de um conjunto de boas práticas definidas internacionalmente e aceites e consensualizadas por este grupo. Concomitantemente entendeu-se como útil o desenvolvimento de atividades de monitorização da qualidade, bem assim como atividades de investigação que contribuam para um melhor conhecimento da realidade e para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e diagnóstico.

Conclusão

As redes apresentam-se atualmente como uma resposta diferente para problemas complexos como seja o da violência doméstica. Pensamos que o exemplo apresentado é paradigmático e, apesar de ser um processo em desenvolvimento, está recheado de ensinamentos dos quais pensamos ser adequado destacar alguns.

Em primeiro lugar, estamos convictos que problemas como o da violência doméstica não terão uma resposta adequada através do somatório das respostas organizacionais disponíveis. Estamos ainda em crer que também não será solução criar novas organizações para lhes responder. Assim, a rede entre as organizações existentes surge como uma resposta que não envolve novas e pesadas estruturas e mais meios financeiros. Por outro lado, a rede entre organizações vem de algum modo dar corpo ao desiderato da colocação do utente dos serviços no centro do sistema e de as organizações terem que se repensar em função da continuidade da assistência ou da resposta.

Todavia, para isso exige-se que as organizações deixem de funcionar como “ilhas” estruturadas sobre pesadas burocracias que se alimentam a si próprias. Como as organizações são constituídas por pessoas, isto significa que se exigirá a essas pessoas uma atitude de natureza diferente. Ou seja, exigem-se agora competências de diálogo e negociação, de partilha e parceria, logo, de maior exposição ao escrutínio dos outros. Para que este processo se possa desenvolver é necessário que se invista em estratégias que promovam tudo isso e que simultaneamente cultivem a confiança. Essas estratégias precisam ser desenvolvidas num contexto e numa cultura não hierarquizadas e na qual todos se sintam valorizados e que garante a preservação da sua autonomia organizacional.

É isso que se tem vindo a construir paulatinamente através da RIIDE. Estamos perante um exemplo paradigmático de um processo de construção de uma rede, a qual chegou a um nível de desenvolvimento que nos permite já perceber os ganhos ao nível da capacidade de resposta às vítimas de violência doméstica. É um bom exemplo do potencial de incremento da qualidade de resposta sem o tradicionalmente consequente incremento do esforço financeiro associado. É ao mesmo tempo um bom exemplo dos ganhos em satisfação pessoal e profissional que lhe estão associados.

Estamos convictos que este exemplo pode ser replicado para outras áreas de intervenção, obviamente com as necessárias e adequadas adaptações.

Referências bibliográficas

- Castells, M. (2000). *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra.
- Hanada, H. (2007). Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de S. Paulo. [Consult. 27-03-2013]. Disponível em: portal.mj.gov.br/services/
- Lima, R.O.F.; Silva, E.P. & Calvosa, M.V.D. (2008). Uma visão sobre carreira dentro da estrutura organizacional em redes. *Revista Cadernos de Administração*, 1(2) Julho-Dezembro. [Consult. 27-03-2013]. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/11semead/resultado/trabalhosPDF/903.pdf>
- Lopes, M., Gemitto, M.L. & Pinheiro, F.T. (coord.) (2012). *Violência Doméstica, Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora*. Évora: Universidade de Évora.
- Martinho, C. (s/d). *Redes e desenvolvimento local. Rede Brasil de Comunicação Cidadã*. [on-line]. (s/d) [Consult. 27-03-2013]. Disponível em: <http://www.rbc.org.br>
- Oliveira, M.M.C. (2004). A prática de atuação em redes. *Instituto Fonte para o Desenvolvimento Social*. 2004; [Consult. 27-03-2013]. Disponível em: www.institutofonte.org.br
- Vasconcelos, B.A. (2010). Área Desenvolvimento Institucional e Comunitário: Programa Redes e alianças – Estudo de Cenário, Resumo Executivo. *Instituto C&A*. [Consult. 27-03-2013]. Disponível em: www.institutocea.org.br/.../download.aspx?...estudodecenarioredesealian
- Whitaker, F. (s/d). *Rede: uma estrutura alternativa de organização*. (s/d); [Consult. 27-03-2013]. Disponível em: www.inforum.insite.com.br
- WHO (1996). *Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority*. Geneva, World Health Organization, (document WHO/EHA/SPI.POA.2). [Consult. 27-03-2013]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf



2. Construção do conhecimento em enfermagem: Duas perspectivas

2. Construção do conhecimento em enfermagem: Duas perspetivas

Manuel Lopes - *Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora*

Ponto prévio

A construção do conhecimento é, para qualquer disciplina, uma questão central e nunca suficientemente discutida e estudada. Na enfermagem é-o por maioria de razão. Primeiro porque se assume como uma jovem disciplina, depois porque se insere num grupo de disciplinas que se podem genericamente designar por disciplinas práticas, por último porque se inscreve na encruzilhada da compreensão e intervenção das manifestações tangíveis e intangíveis dos processos saúde-doença.

Torna-se assim pertinente estudar e refletir sobre a construção do conhecimento em enfermagem. Nos trabalhos que abaixo se apresentam esse estudo é feito numa dupla perspetiva.

O primeiro tenta compreender como os estudantes de enfermagem constroem o conhecimento a partir de uma perspetiva teórico-metodológico com base na teoria das representações sociais. Ou seja, o conhecimento é assumido como um objeto acerca do qual as pessoas vão construindo uma representação. Uma vez que a enfermagem se constitui como uma profissão, tal implica que a entrada nesta comunidade profissional pressupõe um período prévio de formação formal. Ora este período destina-se, entre outros aspetos, a construir uma representação do conhecimento necessário à compreensão da enfermagem como disciplina e à prestação de cuidados de enfermagem. Presume-se assim que, independentemente da representação que os estudantes possuem à entrada no curso, algo aconteça durante o mesmo de tal modo que no final a representação construída lhes permita responder às duas exigências atrás enunciadas (i.e., compreender a disciplina de enfermagem e prestar cuidados). Exige-se porém não só interrogar a presunção, mas também compreender o processo de construção dessa representação tão específica que neste caso designamos como conhecimento em enfermagem.

A segunda perspetiva é de natureza diversa, mas simultaneamente complementar. Essencialmente tenta compreender o processo de raciocínio dos enfermeiros. A pergunta que, de imediato, se poderá colocar é: o que é que o raciocínio dos enfermeiros tem a

ver com o conhecimento em enfermagem? Diria, tudo. De facto, concluída a formação inicial e legalmente exigida para o ingresso na profissão, os recém-profissionais estão agora formalmente equipados para responder às exigências profissionais, ou seja, para prestarem cuidados de enfermagem. Nesse processo de prestação de cuidados os enfermeiros vão ser sistematicamente solicitados a compreenderem as situações de saúde que lhes são apresentadas pelas pessoas, as quais se inscrevem numa narrativa singular e contextual e perante isso, a decidirem o que fazer. Para a compreensão e ação solicitadas vão servir-se, num primeiro momento, da “bagagem” representacional desenvolvida durante a formação formal. Todavia, esta revelar-se-á insuficiente a cada nova situação que se lhes depare, fruto da sua singularidade vivencial e contextual. Tal vai exigir de cada profissional uma postura de reflexividade sobre e na ação de tal modo que esta se constitua como um processo de (re)construção sistemática do saber, o qual carecerá posteriormente de processos de formalização que o transformem em conhecimento, ou seja, em património comungado por uma comunidade profissional.

Neste complexo processo, o raciocínio clínico dos enfermeiros é um instrumento fundamental na medida em que, basicamente, permite o diálogo com a realidade. Ou seja, permite a compreensão e interpretação da realidade, processos básicos para a ação, mas permite também os processos de reflexividade e meta reflexividade sobre a ação. Portanto, compreender melhor como raciocinam os enfermeiros será um contributo essencial para o desenvolvimento de um dos mais importante instrumentos disciplinares e profissionais, mas é também fundamental para a formação de novos profissionais.

Para além disso, e tal como se constatará nos dois textos apresentados de seguida, o raciocínio dos enfermeiros é ainda uma área de estudo carecida de muito mais desenvolvimento. Isto porque tal como já se afirmou a enfermagem inscreve-se na encruzilhada da compreensão e intervenção das manifestações tangíveis e intangíveis dos processos saúde-doença. Acresce que a resposta a esses processos é normalmente desenvolvida em contexto. Tal significa que os processos de raciocínio terão provavelmente que socorrer-se de mecanismos diversos, diferentes e intermutáveis em função das exigências das situações. Se mais razões não houvesse, estas mais que justificavam a necessidade de se estudar esta problemática.



3. Conhecimento em enfermagem:
representações sociais construídas
por estudantes de formação inicial

3. Conhecimento em enfermagem: representações sociais construídas por estudantes de formação inicial

Ana Fonseca – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Manuel Lopes - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Luís Sebastião - Departamento de Pedagogia e Educação, Universidade de Évora

Dulce Magalhães - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Introdução

A enfermagem exige uma ação deliberada, reflexiva, reveladora de saberes e sustentada no conhecimento. Só assim a avaliação diagnóstica, a tomada de decisão, as intervenções desenvolvidas e os resultados obtidos, marcarão a diferença entre a mera execução de tarefas e uma prática desenvolvida com sabedoria clínica. O cuidar profissional exige a integração das conquistas da ciência de enfermagem, o conhecimento de fatos empíricos sistematicamente organizados em explicações teóricas sobre as respostas humanas nos processos de transição.

As situações de cuidados são complexas e exigentes. Os processos reflexivos realizados em torno dessas situações permitem aos enfermeiros identificar o conhecimento relevante num determinado momento, revê-lo, mobilizá-lo e reconstruí-lo. Assim, a aquisição e a construção pessoal do conhecimento resultam de processos complexos de compreensão das situações, nas quais experiência e saber são estruturados e alvo de reflexão. Conhecimento, neste contexto, engloba o que pode ser partilhado, comunicado aos outros, representando o que numa comunidade científica é tido como atual e conhecido pelos seus membros (Lopes, 2006). Aquilo que é partilhado, comunicado e expresso em palavras ou em ações torna-se o conhecimento de uma disciplina. Chinn & Kramer (1999), reportando-se à enfermagem, consideram o conhecimento como uma representação do saber que é coletivamente julgada por padrões e critérios partilhados pela comunidade de enfermagem.

Aprender enfermagem, enquanto disciplina e profissão, inscreve-se num processo onde a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências são um desafio permanente (Fernandes, 2007). Tal como noutros processos similares, o

estudante de formação inicial em enfermagem é tido como o protagonista da sua própria formação, uma vez que as aprendizagens são elementos e significados que o próprio constrói. O conhecimento em enfermagem que o estudante constrói ao longo do tempo, consciente da sua responsabilidade pela própria aprendizagem e num processo contínuo de desenvolvimento, irá possibilitar-lhe o desempenho profissional, pois será mobilizável, nas diversas situações, para dar resposta às necessidades de cuidados de enfermagem.

A forma como os estudantes se apropriam dos saberes, como se relacionam com eles e como constroem o seu conhecimento em enfermagem estão vinculados à representação que têm deste, uma vez que a constatação da realidade presente nas representações sociais alicerça-se solidamente no indivíduo que a possui e baliza o modo como ele se relaciona com o objeto de representação (Moscovici, 1976, 2010; Jodelet, 2001; Abric, 1994).

As representações emergem num contexto comunicacional e são representações de objetos e de alguém (Jodelet, 2001). Não se constroem no vazio social. Formam-se desde que estabelecemos os primeiros contactos sociais e são influenciadas pelas nossas vivências, pelas interações que estabelecemos e pelo meio cultural onde estamos inseridos. Nesse caminho apontado por Jodelet (2001), a Teoria das Representações Sociais, proposta por Serge Moscovici, em 1961, vai tratar da produção dos saberes sociais, centrando-se na análise da construção e transformação do conhecimento social.

As representações sociais não são necessariamente consensuais. O sentido atribuído a um objeto e o processo de atribuição são construções psicossociais que integram a história pessoal de cada indivíduo com o resultado das suas interações na sociedade.

Para Abric (2000, 2003), a representação social, sistema com uma estrutura específica, é organizada em torno de um núcleo central - composto por um número limitado de elementos - que lhe dá o seu significado (função geradora) e determina a relação entre seus elementos constituintes (função organizadora). Ao núcleo central atribui-lhe uma função geradora pois “é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É por ele que esses elementos tomam um sentido, um valor” (Abric, 1994: 22). Assume, também, uma função organizadora uma vez que “é o núcleo central que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação. Ele é, nesse sentido, o elemento unificador e

estabilizador de representação” (Abric, 1994: 22). O núcleo central, elemento mais estável da estrutura de uma representação social, é rígido, coerente, consensual e demarca a homogeneidade do grupo. O sistema periférico, constituído por elementos periféricos, é um sistema funcional, mais sensível e fortemente determinado pelo contexto imediato. Assume a função de concretização do núcleo central, no que concerne às tomadas de posição ou comportamentos. Tratando-se de um sistema mais flexível, garante a função de regulação e adaptação do sistema central aos constrangimentos e às características que a pessoa enfrenta. É esta flexibilidade que assegura a integração da componente individual na representação (Abric, 1994).

As representações sociais não provêm de processos racionais de prospecção da realidade, não são meras informações ou ideias relativamente a um fenómeno. As representações sociais elaboram-se, reelaboram-se, espelhando o mundo e operando sobre o mundo em que se constroem, constituindo-se como leituras duma realidade e, em simultâneo, instrumentos fundamentadores da ação. A constatação da realidade presente nas representações sociais alicerça-se solidamente no indivíduo que a possui e baliza o modo como ele se relaciona com o objeto de representação.

Estas características reforçam a validade de estudar as representações sociais quando se deseja perceber a forma como os indivíduos se relacionam com um objeto social como é o caso do *conhecimento em enfermagem*. Assim, partindo da questão “quais as representações sociais do conhecimento em enfermagem, elaboradas por estudantes de enfermagem em diferentes etapas da sua formação inicial?”, e tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici (1961), procurou-se:

- Identificar as representações sociais de conhecimento em enfermagem, na perspetiva dos estudantes de enfermagem;
- Analisar a estrutura das representações sociais de conhecimento em enfermagem, elaboradas por estudantes de enfermagem.

De referir, que o que aqui se apresenta, faz parte de um estudo de maior amplitude integrado num processo de doutoramento em Ciências da Educação.

Métodos e Técnicas

Realizou-se um estudo exploratório, no qual se usou a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico-metodológico. A partir do total de estudantes da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora selecionaram-se dois grupos: - Grupo A, composto por 33 estudantes do 1º semestre do 1º ano, recém-admitidos na escola e ainda sem participação em atividades no âmbito da sua formação, obviando assim qualquer “contaminação” das construções previamente elaboradas; - Grupo B, constituído por 39 estudantes do 2º semestre do 4º ano, no último dia da sua formação, com todo o percurso de formação realizado, o que eventualmente permite encontrar elementos de reconstrução de representações impulsionada pelos diferentes tipos de experiências que aquela possibilita.

Os dados foram recolhidos através de um questionário que incluía questões para caracterização sociodemográfica e um estímulo indutor – *conhecimento em enfermagem* -, para que os sujeitos, através da técnica de associação livre de palavras, evocassem as cinco palavras ou expressões que, por ordem decrescente de importância, associavam a este estímulo. Previamente, testou-se o instrumento de colheita de dados num grupo de estudantes do 3º ano, não se verificando a necessidade de introduzir alterações. Foram dados os esclarecimentos sobre o estudo, requerido o consentimento informado e apresentadas as instruções de preenchimento do questionário.

Os questionários foram recolhidos, organizados e numerados considerando os dois grupos de sujeitos. Procedeu-se à caracterização sociodemográfica por grupo.

As evocações ao estímulo apresentado foram organizadas em listas, constituindo-se dois conjuntos heterogéneos de unidades semânticas, correspondentes a cada grupo de estudantes. Para cada lista foi elaborado um dicionário onde se categorizaram as palavras ou expressões evocadas, tendo como critério a semântica da palavra ou da expressão. Os dicionários foram elaborados por um investigador e validados por três peritos, tendo sido introduzidas as alterações sugeridas. A partir destes, construiu-se uma base de dados no software Excel®, para cada grupo, para inserir o respetivo dicionário validado. As duas bases construídas com os dados do dicionário de cada grupo foram processadas no software Evoc®, tendo-se obtido a estrutura das representações sociais, segundo a abordagem estrutural proposta por Abric (2000, 2003).

Neste estudo, a opção por estudar a estrutura das representações sociais de acordo com esta teoria, deve-se ao fato de ela possibilitar a comparação entre representações e a análise das transformações das representações (Sá, 1998). Quando se comparam as representações de dois grupos diferentes ou de um mesmo grupo em dois momentos distintos, consideram-se diferentes as representações de um dado objeto se as composições dos núcleos centrais forem significativamente diferentes. A transformação das representações sociais inicia-se pelo sistema periférico fruto de alterações das práticas sociais (Sá, 1998), pelo que o conhecimento destes elementos poderá ser muito útil para analisar o objeto de estudo no contexto de formação.

Cumpriram-se os procedimentos ético-legais, em conformidade com o preconizado pela Comissão de Ética da Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora.

Apresentação dos resultados

Dos 33 estudantes do 1º ano (Grupo A), 5 eram do sexo masculino e 28 do sexo feminino, com média de idade de 19,5 anos. Dos 39 estudantes do 4º ano (Grupo B), 5 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino, com média de idade de 23,59 anos. Na análise das evocações face ao estímulo “*conhecimento em enfermagem*” verificou-se que, em ambos os grupos, os estudantes evocaram 164 palavras, das quais 33 eram diferentes.

Relativamente ao núcleo central da estrutura das representações sociais do objeto em estudo, constata-se que os estudantes do 1º ano, ao estímulo *conhecimento em enfermagem*, associaram os elementos *ajudar; empenho; competência; prática; desenvolvimento; investigação e pessoas*. Os estudantes do 4º ano vincularam *conhecimento em enfermagem* aos elementos *sabedoria; cuidados de qualidade; cuidar e responsabilidade* (Figura 1).

Figura 1 Elementos do núcleo central do estímulo *conhecimento em enfermagem*, relativos ao dois grupos de estudantes

Grupo A - Estudantes de 1º ano			Grupo B - Estudantes de 4º ano		
1º Quadrante - Núcleo Central			1º Quadrante – Núcleo Central		
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
Ajudar	21	2,619	Sabedoria	19	2,190
Empenho	15	2,933	Cuidados de qualidade	17	2,308
Competência	13	2,692	Cuidar	12	2,667
Prática	9	2,556	Responsabilidade	8	2,750
Desenvolvimento	8	2,625			
Investigação	8	2,500			
Pessoas	6	2,833			

Legenda: F - Frequência; OME - Ordem média de evocação

No que concerne à segunda periferia, verifica-se que os estudantes do 1º ano associaram ao estímulo *conhecimento em enfermagem* os elementos *processos de diagnóstico; trabalho; disponibilidade para com os outros e responsabilidade*, enquanto que os estudantes do 4º ano associaram *prática e reflexão* (Figura 2).

Figura 2 - Elementos da segunda periferia do estímulo *conhecimento em enfermagem*, relativos ao dois grupos de estudantes

Grupo A - Estudantes de 1º ano			Grupo B - Estudantes de 4º ano		
1º Quadrante - 2ª Periferia			1º Quadrante – 2ª Periferia		
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
Processos de diagnóstico	5	3,800	Prática	7	3,000
Trabalho	5	3,000	Reflexão	5	4,000
Disponibilidade para com os outros	4	4,250			
Responsabilidade	4	4,000			

Legenda: F - Frequência; OME - Ordem média de evocação

Apresentação e discussão dos resultados

Constata-se que os estudantes, um grupo a iniciar o seu percurso académico e o outro grupo a concluir esse percurso, são jovens adultos e maioritariamente do sexo feminino. Estes dados estão em consonância com a população de uma escola de enfermagem, cujos estudantes são, maioritariamente, jovens e do sexo feminino.

Na análise da estrutura das representações, há a considerar a participação de dois grupos, verificando-se que existem dissensos nas mesmas, quer no núcleo central quer na 2ª periferia. Assim, ao comparar os elementos do núcleo central das estruturas das representações dos dois grupos, verifica-se que são diferentes pelo que se consideram diferentes as representações sociais do objeto em estudo construídas por aqueles (Sá, 1998).

A produção das representações, em ambos os grupos, divide-se entre elementos que, embora não revelem consensos, se podem integrar nas dimensões científica e clínica. Deste modo, ao analisar-se o núcleo central da representação de “conhecimento em enfermagem”, é possível constatar que, nos dois grupos:

- há alguns elementos que se enquadram na dimensão científica, tais como, *investigação, competência, desenvolvimento*, no Grupo A e *sabedoria, cuidados de qualidade, responsabilidade*, no Grupo B;

- encontram-se elementos da dimensão clínica, como sejam, os elementos *prática, ajudar, pessoas e empenho*, no Grupo A e *cuidar*, no Grupo B.

No que concerne à segunda periferia, verifica-se:

- nos dois grupos, estão patentes elementos da dimensão clínica, tais como, *trabalho, processos de diagnóstico, disponibilidade para com os outros*, no Grupo A e *prática*, no Grupo B;

- no Grupo A, encontra-se o elemento *responsabilidade*, da dimensão científica;

De salientar que, na estrutura das representações sociais, se encontra, no Grupo B, a dimensão reflexiva identificada no elemento *reflexão*.

Na dimensão científica, a *investigação* é o elemento de maior importância para o grupo A, porque apresenta a menor ordem média de evocação (OME 2,500). A investigação “é indispensável para compreender e explicar fenómenos e sempre que possível relacioná-los com outros fenómenos e assim ir consolidando um enquadramento teórico que caracteriza a disciplina, independentemente de nalguns casos ajudar a resolver problemas” (Basto, 2009, p 12). Constitui-se como uma dimensão fundamen-

tal para o desenvolvimento de uma disciplina, que deve ser alimentada por uma curiosidade inesgotável e uma preocupação constante de adotar procedimentos científicos, conducentes à produção de conhecimento. Toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade; associada à procura da verdade, que deve ser dotada de rigor e relevância, dois requisitos que, embora difíceis de conciliar, determinam, respetivamente, que os resultados nos mereçam confiança e que seja justificada a utilização de recursos disponibilizados pela sociedade.

Este elemento, a *investigação*, está intrinsecamente ligado a outro elemento do núcleo central da representação deste grupo, o *desenvolvimento*. Na verdade, a investigação constitui-se como o meio por excelência para a aquisição e *desenvolvimento* de novos conhecimentos, o que tem repercussões diretas no *desenvolvimento* da disciplina e profissão de Enfermagem (Benner, 2001; Lopes, 2006; Basto, 2009).

O elemento *competência* surge, de igual modo, interligado aos anteriores. Nos seus contextos de ação, para fazer face às necessidades de cuidados, o enfermeiro revela a sua *competência*, assumindo ser responsável por se tornar um profissional competente, perito na sua área de intervenção clínica (Salgueiro, 2006). Martins & Dias (2010), no estudo que realizaram com o principal objetivo de compreender a imagem socioprofissional do enfermeiro enquanto profissional de saúde na perspetiva de utentes de serviços de saúde, verificaram que a competência foi valorizada de modo significativo por aqueles.

Na dimensão científica, e como o elemento mais importante do núcleo central no Grupo B (OME 2, 190), surge *sabedoria*, entendida como um tipo de conhecimento experiencial que transforma, integra e contextualiza conhecimentos e habilidades derivadas de teoria e prática (Benner, Kyriakidis, Stannard, 2011), evidenciando a importância atribuída por estes estudantes ao saber quando e como usar o conhecimento. A sabedoria desenvolve-se através da práxis e requer conhecimento, valores e experiência de enfermagem, juntamente com uma reflexão sobre a própria prática (Benner, Kyriakidis, Stannard, 2011).

No núcleo central da representação do grupo de estudantes 4º ano, encontram-se os elementos *cuidados de qualidade* e *responsabilidade* que, como se referiu, se podem enquadrar, igualmente, na dimensão científica. Segundo Mendes (2009), *cuidados de qualidade* são garantidos quando é assegurada “a especificidade da natureza dos

cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, suportadas na evidência científica, na ética e deontologia profissional” (p. 169). A prática de cuidados de qualidade requer uma atenção particular para com o outro e provém do uso adequado de recursos disponíveis de uma equipa (Hesbeen, 2001), onde todos devem buscar a excelência e cada um tem a “*responsabilidade de se tornar um profissional competente, um perito na sua área de intervenção e de evoluir como pessoa, desenvolvendo todas as suas potencialidades... ao desenvolver-se como ser humano, desenvolve-se também como enfermeiro capaz de compreender, de aceitar e respeitar, de ter compaixão e amor incondicional por outro ser humano*” (Salgueiro, 2006, p. 2). Ao desenvolver-se como pessoa e como profissional, o enfermeiro tem a possibilidade de evidenciar a sua perícia clínica prestando cuidados de qualidade aqueles perante os quais assumiu a responsabilidade de cuidar.

Também no núcleo central das representações sociais de conhecimento em enfermagem se encontram elementos da dimensão clínica, como sejam, os elementos *prática, ajudar, pessoas, empenho*, no Grupo A e *cuidar*, no Grupo B.

Associada ao estímulo conhecimento em enfermagem surge a *prática*, onde os saberes em enfermagem, através de processos próprios de desenvolvimento e de transformação, se originam e se recriam em cada cuidado, assumindo-se como conhecimento em enfermagem (Lopes, 2006). A complexidade inerente à prática exige uma vasta mobilização de saberes de tal modo que a cada momento seja possível dar resposta às necessidades de cuidados com que o enfermeiro se confronta. Nos contextos clínicos, na prática, desenvolve as suas competências para *ajudar* cada uma das *pessoas* com que se depara no seu exercício profissional e que são o centro da sua atenção. A enfermagem é tida como uma profissão de ajuda. A função de ajuda ao outro tem sido, claramente, identificada na prática de cuidados de enfermagem, operacionalizada quer por solicitação expressa da pessoa alvo de cuidados quer em antecipação às suas necessidades (Benner, 2001; Lopes, 2006). Num estudo, cujo objetivo era identificar as percepções de estudantes recém-admitidos ao curso de enfermagem acerca da profissão, os resultados evidenciam que aqueles enfatizam a relevância do apoio, ajuda e solidariedade junto ao paciente (Sousa, Oliveira, Nunes, Lopes, & Gubert, 2010). Num estudo, cujo objetivo principal era compreender a percepção dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados de enfermagem, Barbosa (2010) constatou que os

enfermeiros entrevistados consideraram o *empenho* como uma estratégia alcançável para superar as dificuldades do dia-a-dia e que o empenho e o envolvimento de toda a equipe multidisciplinar contribuíram para a melhoria de cuidados humanizados.

Cuidar, conceito proposto por Leininger (1978) e Watson (1988), é central na enfermagem e considerado a sua essência. É um fenômeno universal, assente numa conceção humanística e visão holística das pessoas, na assunção de um compromisso com o outro e no respeito pela sua singularidade. O cuidar profissional do enfermeiro é concebido por e destinado a pessoas, marcado pela indispensabilidade do seu conhecimento e da sua experiência no processo de cuidados.

A segunda periferia é formada por representações que, sendo de carácter mais individual, são menos consensuais nos grupos. No que concerne a elementos da dimensão clínica, os estudantes do 1º ano associam conhecimento em enfermagem a *processos de diagnóstico, trabalho, disponibilidade para com os outros* que, embora mais periféricos, estão suportados no elemento *prática* do núcleo central. Relativamente à dimensão científica, surge o elemento *responsabilidade*, também ele apoiado em elementos do núcleo central.

Na prática clínica, através de *processos de diagnóstico*, e como tal de forma dinâmica e em constante reactualização, o enfermeiro, usando e desenvolvendo um corpo de conhecimentos próprios, faz julgamentos clínicos sobre as respostas das pessoas aos problemas de saúde reais ou potenciais (Carpenito, 2002). Este processo, bem como todo o processo de intervenção, exigem *disponibilidade para com os outros*, que se pode materializar na disponibilidade para ouvir, para resolver os mais diversos tipos de problemas colocados pelos doentes, para alterar o curso natural das intervenções em função das preferências dos doentes (Lopes, 2006), inscrito numa forma de cuidar que “envolve *trabalho, responsabilidade*, conhecimento, reconhecimento do outro, interação” (Prado, Reibnitz, & Gelbcke, 2006:298)

O elemento *trabalho* associado a conhecimento em enfermagem poderá estar relacionado com conceção de que o desenvolvimento e actualização permanente de conhecimentos implica esforço e dispêndio de tempo ou surgir interligado à empregabilidade que, até então, era apanágio da profissão de enfermagem.

Os elementos da segunda periferia encontrados na estrutura das representações dos estudantes do 4º ano, integram-se na dimensão clínica - *prática* -, havendo por isso

repercussão no núcleo central e na dimensão reflexiva - *reflexão* - que surge isolada dos restantes elementos.

A *prática* de enfermagem é complexa e faz apelo permanente à mobilização de saberes e à sua recriação, num processo de desenvolvimento contínuo. A *reflexão* sobre as práticas clínicas, é um “instrumento” subjacente ao processo de desenvolvimento através do qual é possível aceder ao saber oculto no agir profissional (Lopes, 2006). É uma condição para ir mais além, ou seja, pode ser utilizada como estratégia para ultrapassar dificuldades, pois permite a identificação das mesmas e o diálogo consigo próprio, no sentido de encontrar resposta para essas mesmas dificuldades.

Considerações finais

Os estudantes que ingressam na formação inicial em Enfermagem terão representações do conhecimento em enfermagem que serão resultado da suas histórias pessoais, das suas experiências, das suas interações na sociedade. No decurso da sua formação inicial, os estudantes de Enfermagem desenvolvem atitudes e habilidades necessárias ao exercício da profissão, apropriam-se dos saberes, constroem conhecimento, elaboram e reconstróem as suas representações.

Do estudo realizado, realça-se que a não há consenso nos elementos da estrutura das representações sociais do conhecimento em enfermagem na perspetiva dos dois grupos de estudantes de formação inicial em enfermagem - estudantes recém-admitidos e estudantes finalistas. Sendo diferentes os elementos do núcleo central das estruturas das representações dos dois grupos, como é o caso, consideram-se diferentes as representações sociais do objeto em estudo construídas por aqueles (Sá, 1998). Tal fato, poderá ser atribuído à natureza das experiências pessoais e académicas obrigatoriamente diferentes dos estudantes a iniciar a sua formação face aos estudantes a terminar o seu percurso académico. Todavia, os diferentes elementos encontrados assumem características semelhantes que permitem, como anteriormente se afirmou, o seu agrupamento nas dimensões científica e clínica. Acresce, no grupo de estudantes finalistas e encontrada na segunda periferia, a dimensão reflexiva que poderá ser reveladora da importância atribuída à reflexão como estratégia para estabelecer novas formas de desenvolvimento do conhecimento, capacidade potencialmente desenvolvida nas experiências ocorridas durante a formação.

Face à estrutura das representações sociais do objeto em estudo que se aprendeu, pode-se dizer que os estudantes do 1º ano consideram a *investigação* promotora do *desenvolvimento* do conhecimento em enfermagem, indispensável para *ajudar as pessoas* no contexto de uma *prática* exercida com *competência* e *empenho*. Para os estudantes do 4º ano, *cuidados de qualidade* são indispensáveis no processo de *cuidar* e exigem *sabedoria* e *responsabilidade*.

Os conhecimentos veiculados na formação encontram sentido quando conjugados com as situações de vida, pois nessas situações são mobilizados e nelas se encontra o seu interesse e utilização no processo de cuidados, pelo que “o conhecimento necessita de ser estudado a partir do que é essencial aos contextos e a partir das atividades de todos os dias...a partir do conceito de cuidado de enfermagem” (Amendoeira, 2006: 244).

O conhecimento em enfermagem pode ser construído a partir de diversas perspectivas, constituindo-se a investigação como uma dimensão essencial (Lopes, 2006). Sendo inegável a importância da investigação para a produção de conhecimento e desenvolvimento contínuo da disciplina e da profissão de enfermagem é-o, conseqüentemente, para a tomada de decisões adequadas e inteligentes na prática clínica, para alicerçar e consolidar o saber e para lhe dar visibilidade social.

A enfermagem, nas últimas décadas, tem vindo a consolidar-se como disciplina e como profissão imprescindível. É uma “ciência humana prática” na qual “reflexão e ação ocorrem em sincronia e derivam da totalidade do saber e conhecimento inerente ao exercício dessa prática” (Lopes, 2006). No ato de refletir e de comunicar a experiência, constrói-se o saber, que ganha corpo na interação com o outro, ambos participando ativamente nesse processo.

Referências bibliográficas

- Abric, J. C. (2000). A abordagem estrutural das representações sociais. In Moreira, A. S. *Estudos interdisciplinares de representação social* (2 ed., pp. 27-37). Goiânia: AB.
- Abric, J. C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In Abric, J. C. *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 59-80). Ramonville Saint-Agne.

- Abric, J. C. (1994). Les représentations sociales: aspects théoriques. In Abric, J. C. *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-36). Paris: P.U.F.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada em enfermagem*. Coimbra: FORMASAU.
- Barbosa, S. M. (2010). *Humanização dos cuidados de enfermagem: perspectiva dos enfermeiros*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências Humanas. Ponte de Lima: Universidade Fernando Pessoa.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar em enfermagem e a construção da disciplina: propostas de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Benner, P. (2001) *De iniciado a perito*. Quarteto: Coimbra.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care a thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company: New York. E-book ISBN: 978-0-8261-0574-5.
- Carpenito, L. J. (2002). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica* (8 ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2004). *Integrated knowledge and development in nursing* (6th Ed). St Louis: Mosby.
- Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. (. Jodelet, *Representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: Edjuerj.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley and Sons.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Madeira, M. C. (2008). *Representações sociais e educação*. In Moreira, A. S. P. & Jesuíno, J. C. (org.), *Representações sociais. Teoria e prática*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB,113-133.

Martins, M. & Dias, M. (2010, Junho). Representação socioprofissional dos enfermeiros: percepção dos utentes. *Revista Millenium*, 38, 253-269. Recuperado em 24 julho, 2012, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/17.pdf> .

Mendes, G. (2009). A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem* , 18 (1), 165-169.

Recuperado em 24 agosto, 2013, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100020&lng=en&tlng=pt.%2010.1590/S0104-0707200900010002 .

Moscovici, S. (1976). *La psycanalyse, son image et son public* (2 ed.). Paris: PUF.

Moscovici, S. (2010). *Representações sociais: investigações em psicologia social* (7 ed.). Petrópolis: Vozes.

Prado, M. L., Reibnitz, K. S., & Gelbcke, F. L. (2006). Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem* , 15 (2), 296-302. Recuperado em 27 agosto, 2012, de

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200014&lng=en&nrm=iso

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200014> .

Sá, C. P. (1998). *A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Ed UERJ.

Salgueiro, N. (2006). O enfermeiro e a responsabilidade de se tornar competente. *O Enfermeiro e o Cidadão*, 4 (10), 1-3.

Sousa, F. E., Oliveira, E. N., Nunes, J. M., Lopes, R. N., & Gubert, F. (2010, outubro/dezembro). Percepção dos estudantes de enfermagem acerca da profissão.

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 11 (4), 110-118. Recuperado em 24 julho, 2012, de

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/432/pdf> .

Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.



**4. Processos e modelos
de raciocínio na tomada de decisão:**
Contributos conceptuais e interrogações

4. Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: Contributos conceptuais e interrogações

Dulce Magalhães - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Manuel Lopes - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Ana Fonseca - Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora

Os enfermeiros que integram as equipas de unidades de cuidados hospitalares têm que prevenir, minimizar e corrigir situações clínicas instáveis. Em consequência disso defrontam-se diária e sistematicamente com a obrigatoriedade de tomar decisões no contexto da ação (Thompson & Dowding, 2005) e agir em conformidade. Eles têm que tomar decisões num espaço que não é reservado e que está confinado a uma teia de relações que acontecem entre o doente, a família e os restantes membros da equipa de saúde (Benner et al, 2011; Tanner, 2006, Lopes, 2006). Um espaço onde acontecem múltiplas interrupções que provêm de procedimentos de trabalho e exigências constantes de atenção a cada doente (Hedberg & Larsson, 2004; Potter et al, 2005; Wolf et al, 2006). São decisões processuais e multidimensionais que têm que considerar em simultâneo, o que deve ser feito, como deve ser feito e quando deve ser feito, no respeito da singularidade do doente e do seu contexto circundante (Gillespie, 2009). Esta dinâmica também está interligada com os dados clínicos que recorrentemente emergem, bem como à acessibilidade, multiplicidade e ambiguidade dos dados clínicos (Junnola et al, 2002; Carnevali & Thomas, 1993 Simmons, 2010), ao tempo de decisão e às decisões conflituosas (Thompson, 2004). São ambientes clínicos onde acontecem contingências, algumas delas aleatórias, que exigem que os enfermeiros independentemente dos níveis de proficiência sejam obrigados a tomar decisões complexas de forma rápida e precisa, para otimizar os resultados esperados (Curry & Botti, 2006).

O conhecimento e o raciocínio que os enfermeiros usam na tomada de decisão são elementos, entre outros, que definem muito da prática profissional (Cody, 2006). Por isso, conscientes da realidade enunciada através da investigação que tem vindo a ser desenvolvida, foi nossa intenção analisar criticamente os modelos de decisão que têm

expressão na literatura de enfermagem e que têm sido desenvolvidos em diferentes áreas do conhecimento (Concoran-Perry et al, 1999), no sentido de reconhecer o seu poder explicativo para a tomada de decisão dos enfermeiros. Alguns deles são apresentados numa estrutura normativa, outros numa descritiva e em função disso, podem dividir-se em duas categorias teóricas, sistemático-positivista e intuitivo-humanista (Thompson, 1999; Aitken, Marshall, Elliott & McKinley, 2007).

As abordagens sistemático-positivistas sugerem que a tomada de decisão acontece num processo sequencial previamente definido e explicitado. Assentam no pressuposto que existe alguma atividade de análise ou de resolução de problemas em curso, para o enfermeiro tomar uma decisão. Nas abordagens intuitivo-humanistas a decisão é entendida no seio de um processo como um todo e no contexto de uma abordagem naturalista (Benner, 1984; Thompson, 1999). Elas podem ser diferenciadas, desde logo, a partir dos seus centros de interesse. Enquanto a primeira se interessa pelo número de dados e pelos processos de análise cognitiva para uma melhor decisão. A segunda dá primazia aos contextos relacionais e de comunicação com os doentes e serve-se da performance clínica para eleger as melhores ações.

Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão

Quase tudo o que um enfermeiro faz envolve decisões. Conceptualizar sobre as decisões é quase o mesmo que conceptualizar sobre as atividades de qualquer enfermeiro, se tivermos como referência uma qualquer unidade de cuidados hospitalares¹. Nestas unidades estima-se que os enfermeiros tomam cerca de duzentas e quarenta decisões por cada duas horas (Bucknall, 2000). Apesar de o número de decisões registado poder ter impacto na dinâmica da unidade de cuidados importa fazer salientar que os modelos não retratam a quantidade de decisões, mas sim a

¹ A designação de cuidados hospitalares decorre não só da natureza do ambiente de cuidados mas também da necessária imediatez dos cuidados e de uma dependência de meios técnicos. Ela envolve cuidados agudos, cuidados não urgentes e cuidados intensivos porque a concepção e desenvolvimento de cuidados imediatos (por exemplo, gestão e monitorização hemodinâmica) e cuidados desenvolvidos a partir de uma avaliação do doente acontecem em qualquer uma destas áreas e com os mesmos níveis de perícia clínica (Benner et al, 2011).

forma como é usada a liberdade de decidir (Hanson, 2005). Há opções para escolher e as escolhas acontecem de uma forma não-aleatória. As escolhas acontecem em função de situações concretas e de acordo com os objetivos selecionados ou resultados esperados. Modelar o pensamento dos decisores para alcançar um resultado é, objetivamente, a função dos modelos de decisão.

Os modelos de decisão reconhecidos como normativos estão focados no processo de decisão que pode acontecer em dois tempos. Um primeiro quando a decisão é tomada e num outro tempo quando ela é operacionalizada (Hanson, 2005). Estas decisões são de natureza teórica, até à sua execução, que lhe pode conferir validade clínica ou não. Os modelos de natureza descritiva refletem as decisões, que ocorrem na dimensão de um continuum de pensamento e ação, durante o processo de cuidados, de tal forma que se torna mesmo difícil compreender onde começa um e acaba a outra (Lopes, 2006). Podemos falar de decisões práticas, não só por oposição às anteriores que não têm execução imediata que as valide ou refute, mas porque estas decisões têm um tropismo para a ação.

As decisões práticas remetem para um período de decisão seguido da ação decisiva e que podem ser enquadradas na tipologia de raciocínio descrita por Greenwood (1998). Esta investigadora salienta que o raciocínio que termina numa conclusão e que pode ser expresso por uma decisão é chamado de raciocínio teórico, e o raciocínio que termina não na decisão mas na ação que a torna operativa é chamado de raciocínio prático. E esclarece que as investigadoras que têm focado a sua atenção no raciocínio que termina num diagnóstico (ou uma conclusão, “uma verdade”) têm explorado o raciocínio teórico dos enfermeiros. O raciocínio teórico avança através de manipulação indutiva e hipotético-dedutiva de proposições a diferentes níveis de inclusão e generalidade. O raciocínio teórico começa indutivamente a partir de uma proposição operacional de uma ‘...isto é uma...’ e ‘...isto é descrito como...’ natureza e procedimentos de níveis crescentes de inclusão em verdades complexas ou conclusões (‘diagnósticos’) acerca do mundo experienciado. Esta, por sua vez, capacita para a manipulação hipotético-dedutiva de outras proposições tais como ‘...se esta lesão está infetada...’ então ela estará vermelha, quente, edemaciada ...etc.’. Disto são exemplo os modelos de raciocínio diagnóstico desenvolvidos pelos investigadores (Gordon, 1994; Carnevali et al, 1984; Doenges & Moorhouse, 2003).

Retomemos no discurso os modelos normativos porque têm organizado a maior parte da pesquisa sobre tomada de decisão. A estrutura destes modelos é desenvolvida a partir de um conjunto de asserções sobre o homem e as suas capacidades, que a classificam como uma abordagem positivista. O que significa reconhecer que o pensamento e o comportamento humano são lógicos e consistentes, com capacidades racionais e absolutas. Assim sendo, podem por um lado dominar todo um conjunto de possíveis alternativas, consequências e probabilidades de ocorrência, por outro, podem maximizar e atingir da melhor forma possível os objetivos, subotimizando os resultados (Carnevali et al, 1984). Estes modelos normativos tendem a usar a análise de decisões ou as abordagens de processamento de informação, onde, sob a mesma lógica, todo o raciocínio é entendido como um processamento interno e computacional de informações sequenciais e simbólicas, que operam de forma recursiva *input*-processamento-*output*. São recebidos os *inputs* e codificados por processos perceptivos em símbolos. Estes símbolos são indexados e guardados na memória (Carnevali & Thomas, 1993).

Estes modelos resultam de estudos que têm um controle de variáveis. Razão pela qual podem não se enquadrar dentro de um paradigma clínico, que se pauta por variáveis que não são governáveis (Argyris & Schön, 1974) e por uma estrutura política, ética, legal e social (Dowie & Elstein, 1999). O reconhecimento das particularidades do mundo clínico tem, nos últimos anos, permitido que se observe uma viragem para as abordagens descritivas e interpretativas para explorar o processo das tomadas de decisões. Os estudos desenvolvidos sob as abordagens interpretativas são geralmente circunscritos a uma unidade específica e, teoricamente, não são passíveis de generalização (Bucknall, 2003).

Alguns investigadores (Concorran-Perry et al, 1999) defendem que os modelos normativos e analíticos podem ser usados em situações específicas nas áreas clínicas. Outros como Benner et al (2011) não partilham desta ideia e referem que o raciocínio clínico é um processo em transição, que acontece numa prática indeterminada e, por isso, só pode ser pensado à luz de modelos descritivos. Na verdade tanto a transitividade, quanto o confronto com situações, cujas possibilidades de resultados são desconhecidas representam uma situação problemática para os modelos de decisão analíticos e normativos (Hanson, 2005). Os modelos normativos são teorias que estabelecem normas para tomar uma decisão e os modelos descritivos são teorias que descrevem

os processos que permitem que os clínicos tomem decisões (Thomas et al.,1991; Hanson, 2005; Baron, 2008).

Tomar uma decisão certa, a partir da informação disponível no momento, nunca é fácil. A decisão pode ter resultados indesejáveis se nos orientarmos tão só por fatores probabilísticos. Tomemos como referência um exemplo. Os doentes com sintomas clássicos de um pós-operatório de uma cirurgia abdominal podem, ocasionalmente, ter uma dor no peito. Suponhamos que um enfermeiro de uma unidade de cuidados cirúrgicos administra um medicamento prescrito, em função do acrónimo (SOS), para aliviar a dor abdominal e regularizar os movimentos peristálticos. Há uma série de resultados possíveis, em função do estado do doente “real” e do modo como o medicamento é administrado: (1) a dor do doente pode revelar-se de origem não abdominal ou (2) não indicativa de ausência de movimentos peristálticos ou (3) o medicamento pode comprometer os sinais vitais do doente ou, na melhor das hipóteses, (4) a intervenção tem o efeito desejado.

Se quisermos utilizar uma árvore de decisão, estrutura cuja matriz é usada para decidir em situações de risco, ela pode apontar para as probabilidades erradas, ligadas a pontos de escolha, ou a árvore pode ter uma estrutura imperfeita. O modelo hipotético-dedutivo pode sugerir que os sinais vitais do doente (tais como pressão arterial, localização da dor, etc.) não estão a gerar hipóteses corretas. Isto leva a deduções falaciosas nos sinais vitais esperados, exacerbando assim o problema com hipóteses inadequadas ou incorretamente ponderadas. Um juízo clínico intuitivo pode propor que os sinais se liguem a categorias de diagnóstico, que não são as adequadas por ponderações erróneas, e a intuição pode propor que as decisões resultaram de memórias erróneas de casos anteriores.

Uma decisão aparentemente má ou boa pode ter várias explicações, todas descritas em termos processuais diferentes, dependendo do modelo de tomada de decisão usado. Sempre que acreditamos que o mundo das probabilidades nos pode oferecer segurança para tomar decisões usamos modelos de decisão que remetem para um cálculo e uma manipulação de probabilidades complexas, às quais são atribuídos valores para se conseguirem otimizar as decisões e com isso maximizar os benefícios para os doentes. Estes modelos representam uma abordagem normativa que descreve matematicamente como é que os dados clínicos devem ser ponderados para fazer um

diagnóstico ou escolher uma ação que tenha maior probabilidade para alcançar o resultado mais valorizado (Tanner, 1986a).

A representação probabilística da decisão clínica mais comumente utilizada é identificada como uma árvore de decisão. É um modelo que pode ser usado num modo formal (matemático) e ou informal, que estrutura a progressão das escolhas e as suas consequências (Carnevali & Thomas, 1993; Narayan, 2003). Algumas das ramificações da árvore representam caminhos alternativos (pontos de decisão) e outras ramificações são prováveis acontecimentos. São estimadas probabilidades para os acontecimentos e são atribuídos valores aos resultados finais, que representam a preferência do doente. Esta abordagem tenta misturar benefícios subjetivos (utilidades) com probabilidades objetivas (Buckingham & Adams, 2000).

Uma árvore de decisão informal usa uma abordagem não matemática, a partir de uma grelha que representa opções, resultados e probabilidades. Obedece a um procedimento que é dirigido por uma série de questões, para orientar a pessoa que tem que decidir (clínico ou doente) na tomada de decisão. As opções são definidas em função das potenciais ações a considerar. Os resultados são consequência de cada opção e dos valores atribuídos para os resultados. As probabilidades condicionais são aquelas que forem definidas para ocorrer como resultado. A grelha e o conjunto de perguntas permitem que o decisor possa considerar uma variedade de cenários possíveis com base nas opções consideradas (Narayan et al, 2003).

Outros autores, na mesma linha, recorreram ao teorema de Bayes ou de probabilidades, ou ao modelo de Lens para analisar as decisões clínicas dos enfermeiros. Estes modelos diferem entre si, pela forma como interpretam os dados que integram (Buckingham & Adams, 2000). O teorema de Bayes, desenvolvido no século XVIII, por Thomas Bayes, criou as bases matemáticas das inferências probabilísticas. Na área clínica é uma abordagem estatística que descreve a forma pela qual os juízos diagnósticos podem ser revistos a partir de nova informação. O teorema descreve o processo de revisão da probabilidade de uma hipótese e é sustentado em três princípios. O primeiro refere-se à probabilidade que a hipótese tem aprioristicamente; o segundo refere-se à probabilidade que um dado tem para um certo diagnóstico; um terceiro diz respeito à probabilidade de um dado sem referência a uma hipótese diagnóstica (Taylor, 2000). O teorema de Bayes mostra como se pode ajustar a nova informação

pelas leis da probabilidade. Por exemplo, uma enfermeira que chega à enfermaria tem uma estimativa, por alto, de ter um doente com enfarte do miocárdio. Esta estimativa, ou probabilidade *a priori*, é baseada nas experiências dos dias anteriores e a frequência com que ocorrem enfartes do miocárdio, nestas enfermarias. Ou a probabilidade para um determinado doente é alterada assim que é revelada informação relevante, como por exemplo a localização da dor. A nova probabilidade, *a posteriori*, é a probabilidade *a priori* adaptada consoante a localização da dor. Por outras palavras, os juízos sobre a avaliação dos doentes vão sendo ajustados com o acumular de dados. Na área de enfermagem o modelo tem sido pouco divulgado, mas ainda assim Hanoch & Pachur, (2004) reconhecem-lhe utilidade e sugerem que ele seja considerado na formação estatística dos enfermeiros. Koskela (2010) usou o modelo de Bayes para identificar a persistência de fatores de risco, no âmbito dos cuidados de saúde primários e Harbison (2006) para aferir a relação entre evidência e julgamento.

O modelo de Lens é uma estrutura teórica de uma abordagem matemática que representa um recurso para avaliar o modo como os clínicos usam e ponderam a informação, que lhes é apresentada para fazer um diagnóstico ou um tratamento e quão consistentes e rigorosos são os juízos realizados em situações similares. Foi desenvolvido por Brunswick na década de quarenta e mais tarde foi usado por Hammond et al (1964) que desenvolveram as ideias de Brunswick no domínio dos juízos humanos. Na área de enfermagem este modelo foi usado para investigar a relação entre os juízos clínicos e as decisões e o uso que os enfermeiros fazem da informação clínica, nas práticas educativas (Carnevali et al, 1984; Thompson & Dowding, 2002).

Nos anos setenta a psicologia decidiu usar o modelo de processamento de informação, para investigar o raciocínio clínico na resolução de problemas, na esfera do individual e na área da saúde pública. A teoria do processamento de informação foi definida como uma teoria abrangente na resolução de problemas humanos e gerou grande entusiasmo. Evoluiu a partir do trabalho de Simon, prémio Nobel da economia, que em 1949 iniciou o estudo do processo de resolução de problemas nas organizações, e em 1956 defendeu a ideia de que o modo mais adequado para estudar a resolução de problemas complexos era simular essa situação com programas informáticos (Gardner, 2002).

Foi perante a necessidade de uma estrutura conceptual e normativa reconhecida nos anos setenta, que a enfermagem adoptou a teoria do processamento de informação

para criar um modelo de resolução de problemas. Esta teoria postula que a capacidade humana tem limites para processar a informação, e a resolução efetiva de problemas decorre da habilidade individual para se adaptar a estas limitações. A teoria tem como assunções básicas: (1) os humanos possuem memória a longo prazo e infinita para guardar conhecimento teórico e prático; (2) têm capacidade limitada de memória a curto prazo; (3) lidam com tarefas complexas usando abordagens seletivas e processamento de dados em série. Newell & Simon (1972) enfatizaram a utilidade da teoria para compreender não só o raciocínio nas decisões, nos juízos e na solução dos problemas, mas também os processos cognitivos e de conhecimento, que estão pressupostos no raciocínio que leva aos resultados. A teoria descreve a resolução de problemas como uma interação entre o sistema de processamento de informação (enquanto solucionador de problemas) e uma ação. O conjunto do processo de resolução de problemas pode ser analisado como dois subprocessos (compreensão e procura) que ocorrem simultaneamente. A resolução do problema¹ ocorre quando a pessoa que processa a informação a traduz num problema, e então, procura um caminho para encontrar uma saída (Taylor, 2000). Este processo pressupõe que o sistema de processamento de informação e decisão humana pode ser separado em dois componentes: memória a curto e longo prazo. Memória a curto prazo que acolhe a informação de estímulos necessária ao 'desbloqueamento' do conhecimento factual (semântica) e experimental (episódico), guardados na memória de longo prazo (Carnevali et al, 1984).

Na linha teórica de processamento de informação a interface entre estes dois arquivos de informação cognitiva foi modelada em estratégias faseadas, cuja especificidade e número de fases difere entre os investigadores, na tentativa de simplificar o processo. A componente compreensão foi definida e normalizada como uma primeira fase, nomeada como colheita de dados, a componente da procura passou a ser definida por um conjunto de fases (Thompson & Dowding, 1999; Elstein & Bordage, 1999). Foi uma estrutura dominante na orientação racional dos novos modelos de enfermagem sobre raciocínio diagnóstico, agora também sob uma lógica hipotético-dedutivo. Lógica mediadora das diferentes hipóteses diagnósticas que se podiam colocar e que têm consequências na tomada de decisão.

¹ A resolução de problema é aqui entendida como uma estruturação do problema e não como a fase final da sua resolução.

Até aos anos oitenta o modelo hipotético-dedutivo, com origem na medicina, foi tido como o modelo mais influente na tomada de decisão teórica das enfermeiras (Jones 1988, Carnevali & Thomas 1993). O modelo reconhece dois tipos de raciocínio: indução, na recolha de dados que leva à produção de hipóteses, e dedução, em que as hipóteses são usadas para prever a presença ou ausência de dados que os clínicos depois procuram, de maneira a confirmar ou não, as hipóteses.

Para Gordon (1984) as enfermeiras começam o processo de envolvimento com uma recolha de dados. Na fase inicial estes são aceites tal como o doente os apresenta. Alguns deles são dados muito pertinentes, outros nem tanto ou até mesmo irrelevantes, percepção que é tida de forma rápida e num primeiro contacto. Muitas vezes a principal queixa, ou os dados obtidos nos primeiros minutos de interação com o doente são suficientes, para estabelecer algumas hipóteses diagnósticas. Estas hipóteses estão relacionadas com os dados recolhidos e a informação na memória de curto prazo. Mas muitas destas decisões são pouco consistentes e estão muito dependentes do contexto, no qual os dados são inicialmente percebidos. A convergência, para alguns dados em particular e a exclusão de outras áreas, configura-se muitas vezes, apenas como uma situação temporária e Gordon descreve-a como um campo de possibilidades e um esforço de redução cognitiva do processo diagnóstico. O número de hipóteses criadas é geralmente estimado e num número limitado. Os dados recolhidos são interpretados durante a fase da aquisição e na categorização destes, quer sejam confirmados, rejeitados ou não contribuam para a hipótese inicial. Após a categorização, a fase final, de avaliação, sugere que o enfermeiro pondere os prós e os contra de cada alternativa, como eventuais decisões, até escolher a mais favorável em função das evidências.

A sequência básica deste modelo foi usada como suporte de um outro esquema desenvolvido Carnevali (1984). Esta autora descreve linearmente um processo de sete fases de diagnóstico, porque subdivide as fases já descritas: (1) colheita de dados prévia ao encontro com o doente (2) avaliação dos primeiros dados (3) colheita de dados na interação com o doente e com outras fontes de dados (4) apresenta as primeiras hipóteses de diagnóstico (5) valida ou rejeita as hipóteses com novos dados (6) testa a hipótese de diagnóstico mais ajustada à situação do doente (7) diagnóstico. Se isto não acontecer o problema deve ser reiniciado até que a verificação da hipótese seja alcançada (Carnevali et al,1984; Thompson & Dowding, 1999). Porém a sequência

linear do modelo hipotético-dedutivo nem sempre é observada na prática (Concorran Perry et al, 1999), porque os enfermeiros frequentemente, sobrepõem fases e mudam a sua ordem (Thompson, 1999). Os estudos de (Benner,1984; Doenges & Moorhouse, 2003, Lopes, 2006, Simmons 2010), revelam que o processo é interativo, recursivo e está imbuído na própria ação, e numa relação tão próxima que se torna difícil perceber onde começa uma fase e acaba a outra.

A situação clínica dos doentes pode ter mudanças rápidas, por instabilidade hemodinâmica que exigem uma tomada de decisão inteligente por parte das enfermeiras e em curto espaço de tempo (Greenwood, 1998; BucKnall, 2000). A quantidade de informação disponível sobre cada doente, em ambiente real, é geralmente limitada ambígua e redundante, o que faz com que os enfermeiros tenham dificuldades em ponderar sobre todas as alternativas possíveis. Além disso, nem todas as alternativas são passíveis de serem quantificadas numa forma que seja passível de ser compreendida. Para Benner et al. (2011), a decisão clínica envolve uma abordagem progressiva mais do que um processo formal de análise. As memórias usadas como suporte dos modelos analíticos são úteis para os clínicos, mas elas não são suficientes para guiar a prática. E uma boa prática clínica requer mais do que decisões.

Uma abordagem progressiva permite que as grandes e difíceis decisões possam ser fraturadas em sequências de pequenas escolhas, cada uma das quais pode ser feita com base numa quantidade relativamente limitada de informação. O que significa que o processo de planeamento quando é interrompido, como é frequente acontecer nas situações clínicas, pode ser suspenso e quando as condições o permitem, pode ser recuperado e desenvolvido (Greenwood, 1998). As decisões não podem ser tomadas de uma forma linear, não só pela condição clínica do doente, pelas características dos contextos clínicos, mas também pelas características do decisor que não é insensível nem ao processo nem ao resultado da decisão (Brown, 2010).

Os modelos normativos e abstratos, centrados nos resultados, têm mantido a sua vigência teórica. Benner et al (1996), referem que existem quatro dimensões estruturantes, que apoiam uma dependência contínua desses modelos como base de uma decisão ética e clínica: (i) a necessidade de desenvolver regras justas e equitativas, que possam ser aplicadas imparcialmente a todas as pessoas e situações clínicas; (ii) o desejo de desenvolver sistemas racionais, baseados num sistema de dados cuja

relação custo/benefício promova uma justiça distributiva e reduza o gasto excessivo em tratamentos ineficazes; (iii) uma compreensão epistemológica da racionalidade, onde as escolhas são feitas por oposição entre decisões certas e erradas, baseadas no desenvolvimento de critérios que ajuízem sobre a adequação/inadequação de duas posições diferenciadas e explícitas, mas estreitas, entre a explanação científica e o rigor dos seus resultados; (iv) o movimento em direção a um entendimento da saúde como serviços, de tal forma que os tratamentos são comercialmente avaliados e pagos, enquanto o cuidado, a atenção e a recuperação só marginalmente são considerados, nos sistemas de contabilidade e no discurso político e público sobre cuidados de saúde. Os métodos de pesquisa, associados à normatividade dos modelos abrem-se à possibilidade de categorizar, explicar e prever respostas humanas.

Nas últimas décadas estes métodos têm sido a base do conhecimento científico que tem gerado teoria e têm alimentado a imaginação dos acadêmicos de enfermagem, porque os modelos, assim gerados, não têm sustentação empírica na área clínica, pela sua reconhecida complexidade (Benner et al, 1996; Tanner, 2005). O processo de cuidados é orientado por uma estrutura capaz de captar a individualidade concreta da experiência de saúde e estruturado a partir da complexidade da situação clínica. A riqueza na compreensão da experiência humana de saúde e na resposta a ela não passa por um processo analítico e abstrato mas sim pelo conhecimento particular do doente (os seus próprios padrões de resposta, a sua história, a sua forma de viver com a doença) e ainda pelo conhecimento clínico que se ganha pela experiência de cuidar muitas pessoas com situações similares (Benner et al, 1996; Tanner, 2005). A compreensão deste processo apoia-se num outro modo de cognição, i.e. a intuição (Dowding et al, 2009), numa racionalidade deliberativa¹, numa disposição para o que é bom e certo, na sabedoria prática adquirida com a experiência, no envolvimento com a situação e o conhecimento do doente em particular, com o qual tem que estar em sintonia

¹ Na racionalidade deliberativa, a regra formal delibera até ao ponto em que os prováveis benefícios para melhorar o planeamento valem o tempo e o esforço de reflexão utilizado. O processo de decisão não é um fim em si mesmo. O bem como racionalidade [*goodness as rationality*] não atribui qualquer valor especial ao processo de decisão (Rouanet, in: Benner et al, 2011).

para reconhecer o seu padrão habitual de respostas, através das narrativas da sua experiência da doença (Benner et al,1996).

A noção do que é bom e certo para estas autoras não é um tema de ética individual, é antes uma construção socialmente embutida na disciplina, como se fosse uma norma e um costume de uma qualquer unidade, na qual os enfermeiros exercem as suas práticas. Mas isto não é um princípio básico, no sentido de regra ou preceito que o enfermeiro consiga tornar explícito e que acontecem de forma generalizada nas situações. Aquilo que é bom torna-se visível nas ações dos enfermeiros em situações particulares. Por exemplo a intenção de humanizar e personalizar os cuidados, a ética para esclarecer os doentes e familiares, assim como a importância de confortar em face a um extremo sofrimento ou uma morte iminente; tudo aquilo que vai ser notado numa situação clínica e cujas respostas são específicas dos enfermeiros.

Benner (1984) e Benner et al (1996; 2011), pioneiras na mudança de comportamento como investigadoras assumiram novos contextos e objetos de investigação. Contribuíram, de forma sustentada, para o reconhecimento da dimensão prática do conhecimento em enfermagem e para o reconhecimento da forma como os enfermeiros utilizam o conhecimento, para orientar a sua tomada de decisão, enquanto realizam o processo de cuidados. No seu último trabalho as autoras, numa abordagem indutiva e descritiva transportam-nos para uma nova compreensão da essência da enfermagem e do pensamento oculto dos juízos clínicos e tomada de decisões. De novo, sem reduzir os cuidados a princípios nem procurar tornar fácil a sua aprendizagem, nomearam e definiram os conceitos a partir de um tempo real, momento a momento, no contexto, e com todas as complicações que podem ser encontradas em situações reais.

As investigadoras acima citadas recuperaram a expressão de Simon - a resolução dos problemas resulta da habilidade individual para se adaptar às limitações, e no mesmo sentido salientam que a resolução dos problemas não advém da utilização de técnicas específicas mas da sabedoria que caracteriza os práticos. Por isso elas concentraram-se nas habilidades ou estratégias que os enfermeiros usam para fazer juízos clínicos sistemáticos.

A compreensão clínica é central em todo o processo que começa com a percepção e inclui a identificação do problema com um juízo clínico acerca das transições específicas de cada um dos doentes, ao longo do tempo. Esta compreensão tem quatro

unidades de significação que incluem: (1) fazer distinções qualitativas (2), envolver-se num trabalho de detetive (3), reconhecer a relevância da mudança, e (4) o desenvolvimento de conhecimento clínico em populações específicas de doentes.

As distinções clínicas só podem ser feitas apenas numa situação contextualizada e numa história clínica particular. O contexto e a sequência de eventos são essenciais para fazer distinções qualitativas e, portanto, o clínico deve estar atento às transições nas situações e aos juízos clínicos sobre elas. Muitas das distinções qualitativas podem ser feitas apenas pela observação e pelo uso do conhecimento sensório-motor (Rashotte & Carnevale, 2004). Podem ser reconhecidas diferenças através do toque, da palpação abdominal, do som das sucções ou do respirar, da cor da pele e da sua tonicidade das características de uma ferida, cor, sinais inflamatórios, ou a sua força anímica, entre outros sinais da linguagem do corpo. Uma segunda propriedade é revelada pela capacidade de se envolver num trabalho de detetive, porque as situações clínicas não têm fim e são indeterminadas. O que implica ter um pensamento adequado ao *modus operandi* de enfermeiro e resolver problemas clínicos como se fossem puzzles. O pensamento de *modus operandi* acompanha o doente, o modo como a sua doença se desenvolve, o significado das suas respostas, numa sequência temporal e particular. Neste raciocínio-em-transição são identificados os ganhos e as perdas e feitos os devidos ajustamentos na abordagem ao problema. Neste *modus operandi* é importante refletir sobre as decisões que foram tomadas e validadas e os resultados que tiveram ou não tiveram no doente. Dreyfus & Dreyfus (1996) chamam-lhe regras de ouro adquiridas nos ensinamentos clínicos e na experiência profissional. Uma terceira propriedade do conceito é a capacidade de reconhecer mudanças clínicas relevantes nos doentes, considerando que os significados dos sinais e sintomas são alterados, pela sequência da história do doente. Reconhecer e compreender estas mudanças pode direcionar e alterar a relevância dos factos observados de uma situação particular. E por fim é também importante para o processo de compreensão clínica desenvolver conhecimento clínico com populações específicas de doentes. São as longas e duradouras experiências com uma população específica de doentes, com lesões ou doenças singulares, que permitem que o clínico faça comparações, distinções e acentue as diferenças dentro de uma mesma população. As comparações entre doentes, com situações muito específicas, criam uma base de comparação para os

clínicos, assim como, um conjunto tácito de expectativas, que é criado pelo trabalho de detetive, específico para a população e específico para o doente, se ele não apresentar as usuais e previsíveis transições na recuperação. Por exemplo, enfermeiros com experiência em cuidar doentes com diabetes podem determinar se a condição do doente é estável, ao contrário de enfermeiros com experiência em cuidar doentes cirúrgicos. Os conhecimentos preexistentes e os novos que orientam o foco de atenção do enfermeiro alteram-se quando ocorrem mudanças ao que era previsível na condição clínica do doente.

Com o tempo, o clínico desenvolve um profundo *background* e compreensão que lhe permite ter competências de avaliação diagnósticas e de intervenção com perícia. Neste nível de proficiência os enfermeiros são capazes intuitivamente de saber o que fazer e rapidamente reconhecerem os aspetos críticos da situação. Os esforços para adquirir competência de perícia beneficiam de uma monitorização contínua, planeamento e avaliação retrospectiva. Mas também da capacidade individual de usar a intuição ou conhecimentos adquiridos através das interações com os doentes. Os clínicos com perícia juntam à sua sensibilidade perceptiva a sabedoria da prática clínica, as competências de raciocínio clínico, que exigem pensar sobre a situação particular dos diferentes doentes ao longo do tempo, o conhecimento tácito e as habilidades para fazer distinções qualitativas nas situações particulares dos doentes.

Os processos que veem sendo descritos como modelos são representações simbólicas dos fenómenos que objetivam representar uma determinada perspectiva sejam eles de natureza teórica (não diretamente observáveis), ou empíricos (réplicas de uma realidade observável). Eles espelham diferentes visões que têm acompanhado o desenvolvimento da enfermagem. Uma visão recebida ou conhecimento recebido afirma que a verdade corresponde à observação, à redução, à verificação, ao controle e à ciência livre de parcialidade. Dá ênfase às fórmulas matemáticas para explicar os fenómenos e prefere dicotomias simples e classificação de conceitos. Pelo contrário a visão percebida foca-se nas descrições que derivam das experiências vivenciadas de forma coletiva, a verdade é, por natureza, histórica, contextual e carregada de valor. Não existe uma só verdade. O conhecimento é considerado verdadeiro quando resiste aos testes práticos de utilidade e razão (Meleis 2005, Lopes, 2006; McEwen & Wills, 2009). Pensamos que ambas podem ser úteis, em função da conceptualização da enfermagem que é

usada. Uma área que lida com o corpo e a sua vivência, cuja relação é de interação mútua, pensamos que pode ser útil o pluralismo teórico e metodológico. No entanto em alguns aspetos a enfermagem parece estar ainda indecisa.

É por força da indecisão teórica e metodológica que se tem observado uma contro-
vêrsia, respeitável, entre o desenvolvimento dos modelos que visam obter resultados ou os modelos que descrevem o uso que fazem do conhecimento para tomar as decisões que podem obter resultados. O debate está relacionado com a utilidade de um modelo matemático nas decisões diagnósticas ou na utilidade dos modelos intuitivos (Thompson, 1999; Lee et al, 2006). Qualquer uma das abordagens tem potencialidades para os objetivos a que estão destinados mas nenhuma delas está isenta de fragilidades, que, numa perspetiva crítica, devemos fazer salientar.

A abordagem intuitivo-humanista não está isenta de fragilidades, porque está dependente tanto do conhecimento académico quanto do conhecimento pessoal e profissional, pelas habilidades individuais necessárias à compreensão clínica. A capacidade de intuir, ter acuidade perceptiva, ser capaz de pensar e agir em sincronia e num raciocínio em transição, entre outras características que diferenciam os níveis de proficiência, podem criar dificuldades para os enfermeiros recém-formados, nos contextos clínicos em que enfermeiros com perícia não fazem parte da equipa do dia ou da unidade de cuidados.

Nos modelos intuitivos¹ a centralidade na competência clínica pode tornar-se uma limitação por ser quase impossível comunicar a alguém algo que é intangível e impossível de exprimir pelo profissional (Thompson, 1999).

Se a profissão se apoia em formas holísticas e 'intuitivas' formas de conhecimento nos quais os clínicos sustentam a base da sua prática, então sem dúvida, reconhecendo a complexidade do trabalho, necessitam de um maior conhecimento dos doentes, de tempo para o fazer e sem possibilidade de o fazer numa progressão linear (Thompson, 1999).

A abordagem intuitivo-humanista pode ser criticada por causa do seu axioma que diz que cada desafio clínico é único. Nas abordagens sistemático-positivistas a tomada de decisão pode ser criticada por razão oposta – o incluir, um pressuposto implícito, que o

¹De acordo com Benner et al (1996), a intuição é a compreensão imediata do conhecimento, sem evidências de pensamento sensível.

juízo clínico é o resultado de um processo genérico e unitário utilizado por todos os clínicos em todas as ocasiões (Benner, 1984).

Rashotte & Franco Carnevale (2003) consideram que os modelos probabilísticos são um resultado de uma modelação informática do processo cognitivo, que se tornou nos últimos anos um veículo de inquirição da tomada de decisão humana. Os modelos matemáticos presumem que o pensamento humano funciona na mesma forma que os sistemas informáticos, como se fosse um sistema de bases de dados ou um sistema de interpretação de padrões. Nos domínios probabilísticos mais utilizados por clínicos, as decisões são baseadas na previsão da probabilidade dos resultados de determinado doente. Os resultados são definidos, à priori pelo alcance da decisão, e podem estar relacionados com as doenças do doente, níveis de dor, condição física e estado de espírito. O ponto importante é que o estado exato do doente é desconhecido e os clínicos tentam julgar se a probabilidade de cada resultado está de acordo com o verdadeiro estado do paciente.

No início da década de setenta, e perante um contexto de deslumbramento com a inteligência artificial, Hubert Dreyfus também fez uma crítica insidiosa aos modelos de raiz matemática. Arguiu que “ao contrário dos computadores os seres humanos possuem uma consciência periférica, toleram a ambiguidade, o seu corpo organiza e unifica a experiência dos objetos e as impressões subjetivas são passíveis de causar mal-estar, cansaço, ou perda de estímulo e geram intenções e necessidades claras, que organizam a situação em que se encontram” (Gardner, 2002, p. 227).

O uso do teorema de Bayes, para além de normativo tem um sentido prescritivo. E por isso tem o potencial para melhorar as tomadas de decisões, ao invés de descrever a realidade da prática clínica no processo de decisão (Thompson, 1999). O modelo analítico de árvore de decisão informal incentiva a participação dos doentes na atribuição de valores para os possíveis resultados. No teorema de Bayes os juízos vão sendo ajustados com o acumular de dados. Estes modelos, certamente, não representam as transições e mudanças relevantes nas situações clínicas reais (Benner et al, 1996).

As diferentes fragilidades podem ser um processo, que em si mesmo, pode não ser muito relevante. Lauri & Salanterä (1995) descobriram provas, através de uma abordagem analítica e uma análise fatorial, que tanto o modelo intuitivo de Benner como a abordagem hipotético-dedutiva do processamento de informação têm um grau de

utilidade analítica na explicação na tomada de decisão em enfermagem (Thompson, 1999). Significa isto que ambos os modelos podem ter algo a oferecer, mas que cada um deles, por si só, não o tem? A ser assim abre espaço para um modelo alternativo que associe os dois modos de cognição.

A teoria do *continuum* cognitivo de Hammond que surgiu na sequência de uma discussão entre Kenneth Hammond e Herbert e Stuart Dreyfus, sobre as duas abordagens de cognição intuitiva e analítica apresenta uma alternativa, desenhada a partir da clínica médica. A teoria é apoiada por uma estrutura onde os problemas clínicos, tanto aqueles que se apresentam melhor estruturados, quanto aqueles que se apresentam mal estruturados, são colocados numa linha contínua que liga o polo da análise ao polo da intuição. De acordo com esta teoria ninguém pensa de forma exclusivamente intuitiva ou analítica. A teoria sugere que os indivíduos operam num *continuum* de diferentes modos cognitivos, com diferentes níveis e uma mistura de análise e intuição (quasi-racionalidade) que recai nos pontos intermédios, em função de um conjunto de condicionantes.

Hammond definiu o pensamento intuitivo, o pensamento analítico e um pensamento de nível intermédio a que chamou de quase-racionalidade. O modo intuitivo não é só um polo oposto ao analítico mas “expressa um pensamento rápido que processa dados de uma forma inconsciente, que combina com a informação disponível já existente; tem pouca consistência e é moderadamente preciso” (Hamm, 1988 p.81). O modo analítico é lento, consciente e consistente. O pensamento analítico é normalmente preciso, mas pode levar, ocasionalmente, a grandes incorreções. O modo cognitivo chamado de quase-racionalidade é o tipo de pensamento que se situa no meio dos extremos de intuição ou análise e com um misto de ambos; permite uma ‘troca’ entre os dois modos de pensamento na mesma decisão (Hamm, 1988).

De acordo com a teoria do *continuum* cognitivo, as principais condicionantes para um profissional utilizar uma abordagem intuitiva ou analítica são primariamente determinadas por três dimensões (Hamm, 1988): (1) a complexidade da estrutura da situação clínica que envolve o número de dados clínicos, a redundância dos dados e a natureza do princípio organizador; (2) a ambiguidade do problema que está relacionada com a existência de um princípio organizador, a familiaridade com o problema, e com o potencial de precisão; (3) a natureza da apresentação do problema que está

dependente da capacidade do clínico o decompor, da forma como a informação é apresentada e do tempo disponível para ajuizar sobre ele (Hamm, 1988; Thompson, 1999). Esta teoria sugere que a intuição é o modo mais eficiente de raciocinar nas situações onde o clínico enfrenta uma grande quantidade de informação perceptiva e interrelacionada, mas onde a regra é a liberdade, envolvimento e responsabilidade para seguir e o tempo é limitado. Um modo analítico de raciocínio é mais apropriado nas situações onde o clínico tem mais informação objetivamente estruturada, que pode ser categorizada facilmente dentro do tempo disponível (Dowding et al, 2008).

Os clínicos movem-se bidireccionalmente ao longo deste continuum, dependendo destas três dimensões. Qualquer um dos modos cognitivos usados, ainda que intermédios, será o adequado sempre que se observar que há uma coincidência entre estas dimensões da estrutura do problema e o modo cognitivo para ajuizar sobre ele. Pode dizer-se, quando assim acontece, que o potencial de precisão aumenta. Hammond também reconhece que o problema pode ser reestruturado e mudar para um novo modo de cognição (Hamm 1988).

Também neste modelo, apoiado pela teoria do processamento de informação, se pode observar que o modo de cognição usado depende da capacidade individual e daquilo que o profissional sabe. Contudo, enquanto elemento de uma equipa, a sua capacidade individual pode ser apoiada, reforçada ou rejeitada se não tiver suporte analítico. Hammond admite que numa equipa multidisciplinar os membros possam apelar ao pensamento analítico de outros, para reduzir a incerteza. Outros membros, cujos desempenhos sejam reconhecidos como competentes, próximos e que ocupem, habitualmente, posições hierarquicamente superiores, ainda que não formalizadas. Da mesma forma, os membros da equipa podem rejeitar soluções intuitivas de colegas em posições 'inferiores' onde a razão analítica não pode ser demonstrada (Hamm, 1988; Thompson, 1999; Dowding et al, 2009). Esta solução no entender de Thompson (1999), aproxima as duas abordagens, enquanto extremos de um continuum. Podem ser ultrapassadas as fragilidades de cada uma delas e ser usado como sistema de suporte de decisão capaz de cooperar com a pluralidade e o tempo de cuidados, no exercício clínico dos dias de hoje.

Esta ideia pode ser reconhecida como pertinente se reconhecermos a pesquisa que foi desenvolvida pelas investigadoras Concorran-Perry et al, (1999). Elas tiveram como

objetivo identificar as linhas de raciocínio¹ usadas pelos enfermeiros para tomar decisões. E os resultados revelaram que tanto os peritos quanto os principiantes utilizaram múltiplas linhas de raciocínio durante o processo de decisão. Mas houve um número de linhas de raciocínio utilizadas que foram predominantes. Entre as que foram predominantes apenas uma delas coincidiu com a que esteve ligada à conclusão ou decisão. E ambos os grupos usaram uma variedade de linhas de raciocínio particulares como predominantes.

As autoras consideram que o estudo alarga o conhecimento desenvolvido, por comparar o comportamento decisório de enfermeiros peritos e principiantes e testar a validade do uso das linhas de raciocínio com casos hipotéticos. Descobertas, que no seu entendimento podem servir de base a um projeto de um sistema baseado no conhecimento, humano e/ou computadorizado. Um sistema que suporte as decisões, através de alertas ou avisos aos enfermeiros, à medida que eles tomam as decisões clínicas. Descobertas, que no nosso entendimento carecem de uma maior sustentação científica porque o conhecimento para ser reconhecido como verdadeiro precisa de resistir aos testes práticos de utilidade (Meleis, 2005, Lopes, 2006, McEwen & Wills, 2009).

Num trabalho de síntese podemos observar que independentemente da abordagem usada há sempre uma avaliação da condição clínica de um doente. Seja ela nomeada como uma decisão ou um diagnóstico ou não nomeada, porque é contínua e expressa como juízos² clínicos. A avaliação da condição clínica do doente ou do problema é independente da natureza dos modelos usados, que ficam no livre arbítrio de cada enfermeiro, dos tempos clínicos ou da complexidade da situação clínica. O processo de avaliação, que é partilhado pode ser chamado um “processo de avaliação diagnóstica”, como Lopes (2006) o nomeou. Distinção respeitada porque é um elemento central em qualquer modelo e que pode determinar decisões e ações consequentes para a qualidade e bem-estar dos doentes; sejam elas construídas num raciocínio dedutivo, se acaso se trata de um modelo probabilístico, ou num raciocínio indutivo

¹ Linha de raciocínio definida como um conjunto de argumentos nos quais o conhecimento está inserido em processos de tomadas de decisão, que levam a uma conclusão. O poder de uma linha de raciocínio é o de combinar conhecimento e processos cognitivos numa só representação e como alguém utiliza o conhecimento durante o processo de raciocínio, numa situação particular (Corcoran-Perry, et al 1999).

² Juízo clínico corresponde à expressão anglo saxónica “*clinical judgment*”.

e dedutivo, num modelo hipotético-dedutivo, ou ainda num raciocínio indutivo, num modelo compreensivo.

Qualquer um destes raciocínios inferenciais são processos sistemáticos de pensamento que produzem conclusões ou resultados a partir de percepções, pensamentos ou afirmações mas que podem incorrer em enviesamentos ou processos falaciosos. O raciocínio dedutivo não é flexível, se aumentar o número de premissas, definidas pelo decisor, a partir da qual deduz acabará por não ter tempo nem capacidade de memória para chegar a uma conclusão. A indução é uma forma de raciocínio que usa o conhecimento sobre casos específicos conhecidos, para desenhar uma inferência sobre casos desconhecidos, e, não é possível conhecer todas as ocorrências de um qualquer fenómeno. Qualquer um deles não é imune às limitações do sistema cognitivo nem à permeabilidade da interação humana. No raciocínio indutivo, a falácia da confirmação é uma presença constante. No raciocínio dedutivo, a concentração sobre a verdade ou falsidade das declarações individuais dos silogismos, ignoram com regularidade a ligação lógica entre as declarações.

Também podemos observar que há uniformidade no enquadramento teórico, muito embora apenas o modelo de raciocínio diagnóstico e hipotético-dedutivo o refira de uma forma expressa. No domínio dos processos cognitivos ou da sua racionalização, apesar da racionalidade humana ser limitada, em parte pelas limitações da memória de trabalho, numa outra parte por questões motivacionais, o processo de avaliação diagnóstica pode ser facilitado pelos métodos analíticos e/ou intuitivos, como sugere a teoria do continuum cognitivo de Hammond (Hamm, 1988). No entanto continuam a levantar-se algumas questões: quando acontecem decisões, em paralelo, como Gordon (1984) referencia, como é que esse processo ocorre? É a teoria do processamento de informação que pode dar suporte a estas decisões? E quando os enfermeiros têm que intervir de forma imediata porque as condições clínicas dos doentes se alteram e exige uma reorganização constante (Potter et al, 2006; Ponte et al 2007)? E em situações de confronto, simultâneo, com vários doentes (Potter, 2006)? Será que a estrutura da teoria do processamento de informação tem capacidade de resposta a estas questões?

No que se refere às decisões não se observa coerência entre as abordagens. O reconhecimento, a identificação, a nomeação e a quantificação do número de decisões só

pode observada à luz da abordagem sistemático-positiva. Na abordagem compreensiva, desenvolvida num contexto naturalista, as decisões acontecem no âmbito do contexto da ação e são percebidas pelas escolhas da ação, assumindo-se o termo decisão como uma escolha de um curso de ações. Estaremos nós a falar da diferenciação entre decisões teóricas e decisões práticas?

Para além das coerências e incoerências, uma outra questão se levantou no decorrer da escrita, a propósito da relevância da tomada de decisão? O resultado do processo diagnóstico, sendo ou não nomeado como uma decisão carece sempre de ser validado. É a ação que reconhece o mérito ou desmérito da avaliação ou decisão enquanto resultado do processo de avaliação diagnóstica. A decisão resulta de uma análise teórica e clínica, que uma vez assumida, é submetida à prova mediante ações e avaliações da ação, como por exemplo: observa-se a decisão de administrar um medicamento, prescrito sob o acrónimo SOS e é executada a ação de o administrar sendo esta, que valida ou reformula a decisão; na sequência da avaliação diagnóstica de uma doente acamada e com oxigenoterapia, a enfermeira decidiu que a doente devia ser mobilizada; a ação foi executada e após a mudança de decúbito a saturação de oxigénio que era de 90% baixou para valores de 80%; foi a ação realizada, que levou a que a decisão tivesse que ser reformulada. As decisões podem ter poder prescritivo mas não têm utilidade clínica sem que a ação seja executada. É o resultado da ação naquilo que ela é e no modo como é realizada, que avalia a probabilidade maior ou menor do sucesso terapêutico da decisão. Então porquê a ênfase dos modelos na decisão e não na ação?

Conclusão

A teorização sobre a tomada de decisão é resultante dos cenários históricos e ideológicos que a enfermagem atravessou. Um percurso dinâmico com evolução e mudanças que refletiram novas experiências e redefinição da própria disciplina. Começou por conceptualizar analiticamente a pessoa como um ser biopsicossocial e a saúde e a doença como processos que podem coabitar para, anos mais tarde, conceptualizar a pessoa como um ser vivente e único que tem experiências de saúde. As abordagens aqui expressas filiam-se em pressupostos ideológicos diferenciados e que desde logo se evidenciam pela importância/não importância atribuída ao contexto onde acontecem as tomadas de decisão. O modelo do *continuum*, curiosamente, reconhece que o

recurso ao modo cognitivo analítico ou intuitivo está dependente de um conjunto de variáveis externas.

Os modelos normativos representam a expressão da racionalidade que operacionaliza um modelo de previsão do comportamento humano (Shafir & LeBoeuf, 2002). Em oposição a tipologia dos processos de aprendizagem apresentada por Benner e desenvolvida por Hubert Dreyfus, não anula a importância da lógica ou das regras, mas diz-nos que qualquer desempenho humano só pode alcançar a perícia se for intuitivo, sincrónico, holístico, isto é, compreendido. Dreyfus sugere o termo a-racional como forma de superar a separabilidade introduzida pela razão: a prática científica não está separada da prática humana. A teoria do continuum representa uma estratégia híbrida que sintetiza as duas abordagens de âmbito cognitivo. Constatamos que os assuntos da irredutibilidade humana e a imprevisibilidade dos factos concretos que acontecem na realidade clínica, espaço *sui generis* pela dinâmica operativa das ideias que impõe, e que têm que acontecer sistematicamente no seio de uma teia de relações continuam a deixar um vazio explicativo nos processos de tomada de decisão na área clínica de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Aitken, L. M., Marshall, S. P. Elliott, R. & McKinley, S. (2008). Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 36–45.
- Argyris, C. & Schön, D. A. (1974). *Theory in practice: increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey - Bass Publishers.
- Baron, J. (2008). *Thinking and deciding*. Cambridge: Cambridge University Press. 978-0-511-46487-4 e-Book.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Menlo Park.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care a thinking-in-action approach*. New York: Springer Publishing Company. E-book ISBN: 978-0-8261-0574-5.

- Benner, P., Tanner C. & Chelsea C. (1996). *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics*. 5ª Ed. New-York: Springer Publishing Company.
- Brown, L. (2010). *State of the art in clinical supervision*. Ed. John Culbreth and Lori L. Brown . Recuperado em 12 de Dezembro de 2013 [http:// www.taylorandfrancis.com](http://www.taylorandfrancis.com)
- Buckingham, C. D. & Adamas A. (2000). Classifying clinical decision making: a unifying approach. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 981-989.
- Bucknall, T. (2000). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 25-36.
- Bucknall, T. (2003). The clinical landscape of critical care: nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 310-319.
- Carnevali, D. L., Mitchell, P.H., Woods, N. F. & Tanner, C. A. (1984). *Diagnostic Reasoning in Nursing*, Philadelphia: Lippincott.
- Carnevali, D. & Thomas, M. D. (1993) *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*. Philadelphia: J B Lippincott Company.
- Cody, W. K. (2006). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. 4ª Ed. Burlington: William K. Cody Jones and Bartlett Publishers.
- Concoran-Perry, S., Narayan, A. & Cochrane, S. (1999). Coronary care nurses 'clinical decision making. *Nursing and Health Sciences*, 1, 49-61.
- Currey, J. & Bottil M. (2006), The influence of patient complexity and nurses' experience on haemodynamic decision-making following cardiac surgery. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22 (4), 194-205.
- Doenges, M. & Moorhouse, M. F. (2003). Application of nursing process and nursing diagnosis an interactive text for diagnostic reasoning, 4ª Ed Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Dowie, J. & Elstein, A. (1999). *Professional Judgment: a reader in clinical decision making*, 6ª ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dowding, D., Spilsbury, K., Thompson, C., Brownlow, R. & Pattenden, J. (2009). The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice. *Journal of clinical nursing*, 18, 1313-1324.
- Dreyfus, H. & Dreyfus S. (1986). *Mind over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. New York: The Free Press.

- Elstein, A.S. & Bordage, G. (1999). Psychology of clinical reasoning. In Professional Judgment: a reader in clinical decision making, 6^a ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gardner, H. (2002). *A nova ciência da mente*. Lisboa: Edição Relógio d'Água.
- Gillespie, M. & Paterson, B. (2009). Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework. *Nursing Education Perspectives*, 30 (3), 164–170.
- Greenwood, J. (1998). Establishing an international network on nurses' clinical reasoning. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 843-847.
- Gordon M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application*. 3 Ed. St. Louis: Mosby.
- Hamm, R.M. (1988). Clinical Intuition and Clinical Analysis: Expertise and the Cognitive Continuum. In J. Dowey, & A. Elstein (Eds), *Professional Judgment: A Reader in Clinical Decision Making*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammond, K.R. (1964). An approach to the study of clinical inference in nursing: part. II. *Nursing Research*, 13 (4), 315-319.
- Hanson, S.O. (2005). *Decision Theory: A Brief Introduction*. Stockholm: Department of philosophy and the history of royal institute of technology (KTH).
- Harbison, J. (2006). Clinical judgment in the interpretation of evidence: a Bayesian approach. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1489–149.
- Hanoch, Y. & Pachur, T (2004). Nurses as information providers: facilitating understanding and communication of statistical information. *Nurse education today*, 24(3), 236-43
- Hedberg, B. & Larsson U. (2004). Environmental elements affecting the decision making process in nursing practice. *Journal Clinical Nursing Mar*,13 (3) 316-324.
- Junnola, T., Eriksson, E., Salanterä, S. & Lauri, S. (2002). Nurse decision making in collecting for the assessment of patients' nursing problems. *Journal Clinical Nursing* 11 (2), 186-196.
- Koskela, T.H., Ryynaen. O.P. & Soini, E. J. (2010). Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: A Bayesian approach. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28, 55–61.
- Lauri, S. & Salanterä S. (1995). Decision making models of Finnish nurses and public health nurses. *Journal of advanced nursing*, 21, 520-527.

- Lee J., Chan, A.C. & Philips, D.R (2006). Diagnostic practise in nursing: A critical review of the literature. *Nursing and Health Sciences*, 8, 57-65.
- Lopes, M.J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.
- McEwen, M. & Wills, E. (2009) *Bases teóricas para a enfermagem*. Tradução Ana Maria Thorell. 2ª Ed., Porto Alegre: Armed
- Meleis, A.I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and progress*. 3º Ed., Philadelphia: Lippincott.
- Narayan, S.M., Corcoran-Perry, S., Drew, D., Hoyman, K. & Lewis, M. (2003). Decision analysis as a tool to support an analytical pattern-of-reasoning. *Nursing and Health Sciences*. 5, 229–243.
- Newell, A. & Simon, H. A. (1972). *Human problem solving*. Engle Wood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Potter, P. et al. (2005). Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *Journal Nursing Administration*, 35 (7-8), 327-335.
- Rashotte, J. & Carenvale F. (2004). Medical and nursing clinical decision making: a comparative epistemological analysis. *Nursing Philosophy*, 5, 160-174.
- Shafir, E. & LeBoeuf, R. (2002). Rationality. *Annual reviews psychology*, 53, 491-517.
- Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1151–1158.
- Tanner, C.A. (1986a). Research on clinical judgment. Review of research in nursing education. New York: National League for Nursing.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal Nursing Education*, 45 (6), 204-211.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem-solving in nursing: Insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 842-849.
- Thompson, C. (1999). A conceptual treadmill: the need for ‘middle ground’ in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 30, 1222–1229.
- Thompson, C & Dowding M (2002). *Clinical Decision Making and Judgement in Nursing*. London: Churchill Livingstone.
- Thompson, C., Dowding, D. (1999). *Clinical decision making and judgment in nursing*. Edited by Carl Thompson & Dawn Dowding: Mosby and Saunders.

Thompson, C.A; Foster, A., Cole, I. & Dowding D.W. (2005). Using social judgement theory to model nurses' use of clinical information in critical care education. *Nursing Education Today*, 25, 68-77.

Wolf, L. et al (2006). Describing nurses' work: combining quantitative and qualitative analysis. *The Journal of Human Factors and Ergonomics Society*, 48 (1), 5-14

Potter, P. et al. (2005). Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *Journal Nursing Administration*, 35 (7-8), 327-335.

Rashotte, J. & Carenvale F. (2004). Medical and nursing clinical decision making: a comparative epistemological analysis. *Nursing Philosophy*, 5, 160-174.

Shafir, E. & LeBoeuf, R. (2002). Rationality. *Annual reviews psychology*, 53, 491-517.

Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 66(5), 1151-1158.

Tanner, C.A. (1986a). Research on clinical judgment. Review of research in nursing education. New York: National League for Nursing.

Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal Nursing Education*, 45 (6), 204-211.

Taylor, C. (2000). Clinical problem-solving in nursing: Insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 842-849.

Thompson, C. (1999). A conceptual treadmill: the need for 'middle ground' in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 30, 1222-1229.

Thompson, C & Dowding M (2002). *Clinical Decision Making and Judgement in Nursing*. London: Churchill Livingstone.

Thompson, C., Dowding, D. (1999). *Clinical decision making and judgment in nursing*. Edited by Carl Thompson & Dawn Dowding: Mosby and Saunders.

Thompson, C.A; Foster, A., Cole, I. & Dowding D.W. (2005). Using social judgement theory to model nurses' use of clinical information in critical care education. *Nursing Education Today*, 25, 68-77.

Wolf, L. et al (2006). Describing nurses' work: combining quantitative and qualitative analysis. *The Journal of Human Factors and Ergonomics Society*, 48 (1), 5-14.



5. Segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde

5. Segurança do doente e qualidade dos cuidados de saúde

Margarida Eiras – Departamento de Ciências e Tecnologias das Radiações e Biossinais da Saúde – ESTSL-IPL

Introdução

A Segurança do Doente é hoje reconhecida como uma das dimensões com grande preponderância para a qualidade dos sistemas de saúde (Khon, Corrigan, & Donaldson, 1999); WHO, 2006; Legido-Quigley et al., 2008; Aranaz, 2008). São muitos os autores que advogam que a qualidade e a segurança são um *continuum* (Vincent, 2006), mostrando a relação de complementaridade que claramente existe entre os dois conceitos. Incorporar os princípios e os conceitos da Segurança do Doente na prática diária, tem sido uma preocupação das instituições prestadoras de cuidados de saúde. Esta realidade assumiu uma maior relevância após a publicação do relatório da IOM (*Institute Of Medicine*), *To err is human: building a safer health system* (Khon, 2000).

O tema da Segurança do Doente tem sido investigado em vários países como o Reino Unido (*An Organization With a Memory*, 2000), a Suíça (*Towards a Safe Healthcare System*, 2001), o Canadá (*Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care*, 2002), a Austrália (*Australian Safety and Quality Goals for Health Care*, 2011), a Espanha (Observatorio para la Seguridad del Paciente – Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, estratégia 8, 2006), entre muitos outros.

Assumindo que os erros são de esperar e que, nos sistemas de saúde, os danos evitáveis conduzem a elevados custos para o sistema e para os utentes, a *World Alliance for Patient Safety*, que reúne todos os países da WHO, assumiu em 2002 a liderança da problemática da Segurança do Doente a nível mundial.

O objetivo deste texto é partilhar reflexões críticas sobre o papel da Segurança do Doente nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, tendo por base a literatura mais relevante sobre o tema, e assim procurando dar resposta às seguintes questões:

1. porquê estudar a segurança do doente?
2. qual o impacto nas práticas dos profissionais da saúde?

3. qual o motor para a mudança de paradigma?
4. de que modo o novo olhar sobre a segurança do doente se reflete no ensino da enfermagem e das profissões da saúde?

Porquê estudar a segurança do doente?

Os cuidados de saúde são prestados em ambientes com interações complexas onde atuam muitas variáveis, tais como o processo de doença, o staff, o equipamento, as políticas organizacionais e os procedimentos (Kalra, 2004) e associado a este elevado nível de complexidade, encontra-se a inevitabilidade do erro.

A melhoria da segurança do doente resulta da pressão externa dos mercados, imputando aos erros um elevado custo em termos de capacidade de realizar negócios no mercado, de quota de mercado, e da sua reputação, em que as organizações de saúde serão obrigadas a assumir uma atitude perante a problemática da segurança do doente. Com um custo muito elevado, as entidades competentes, as instituições e os profissionais atribuirão recursos e a devida atenção à melhoria da segurança do doente (Kohn, 2000). Este custo foi estimado em 44.000/98.000 mortes por ano em resultado de erros clínicos, em 7.000 mortes evitáveis relacionadas com o medicamento, o que equivale a custos estimados no valor de 17/29 biliões de dólares, tendo-se identificado os erros clínicos no internamento como a 8ª causa de morte, nos Estados Unidos (Kohn, 2000).

No Reino Unido estimou-se que ocorrem 850.000 eventos adversos por ano, em 10% das admissões, que 400 pessoas morrem por ano envolvendo dispositivos médicos, que são realizadas 28.000 queixas relacionadas com o tratamento nos hospitais (o que equivale a um custo de £400 milhões/ano) e que 1 bilião de libras é o custo estimado para as infeções hospitalares bem como os custos com dias adicionais de internamento é da ordem de 2 biliões de libras por ano (NHS, 2000).

Muitos têm sido os investigadores preocupados em estimar os efeitos dos eventos adversos nos doentes e na performance financeira das organizações de saúde.

Importa pois refletir sobre o impacto das medidas aplicadas no sentido da melhoria da prestação de cuidados, de modo a que estas contribuíssem não só para o controle dos custos, como para a sua correta identificação. Neste sentido os estudos de

custo-efetividade e custo-benefício seriam da maior utilidade para a alteração de práticas e conseqüentemente para a melhoria da segurança do doente.

Poderemos então colocar algumas questões que nos preocupam:

Em que medida os eventos adversos são um custo acrescido aos cuidados de saúde?

Em que medida as estratégias de redução do dano também reduzir os custos na prestação?

Em que medida existe retorno no investimento na segurança do doente?

Estas questões poderiam conduzir-nos aos métodos usados para avaliar os custos. É sabido que conforme a sua definição e face ao sistema de saúde vigente, também a avaliação dos custos poderá ter contornos diferenciados. Apesar da revisão dos registos/processos ter sido o método *gold standard* para a identificação das taxas de eventos adversos (Jackson, 2009), esta metodologia tem mostrado alguma subjetividade resultante da classificação pelos revisores. Os indicadores da segurança do doente já identificados pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* têm mostrado ser um bom ponto de partida para estimar custos relacionados com a prestação de cuidados (Miller et al., 2001).

Importante ainda referir que se estima que nos estados membros entre 8 e 12% dos doentes admitidos nos hospitais sofrem eventos adversos enquanto recebem cuidados de saúde (Comissão Europeia, 2012), dos quais 25% são infeções hospitalares e os restantes estão relacionados com a medicação, as cirurgias, os dispositivos médicos, nos erros de diagnóstico e em falhas na atuação após o resultado de um teste. Segundo o relatório citado, o ECDC (*European Center for Disease Prevention and Control*) estimou que as infeções hospitalares ocorrem em 5% dos doentes hospitalizados, o que corresponde a 4.1 milhões de pessoas por ano na EU. Estima ainda que ocorrem 37.000 mortes por ano cuja causa é a infeção hospitalar (Recomendação 2009/C, 2009).

Qual o impacto nas práticas dos profissionais da saúde?

Vários têm sido os relatórios publicados nos últimos anos com o objetivo de trazer para a opinião pública a temática da segurança do doente. A Comissão Europeia lança o *Patient Safety and Quality of Healthcare* do Eurobarómetro (European Commission,

2010). Este relatório teve por base um inquérito realizado a pedido do Diretor Geral para a Comunicação da EU, sendo o TNS EUROTESTE a entidade responsável em Portugal e decorreu entre 11 de Setembro e 5 de Outubro de 2009. Como objetivo principal, visava estudar as percepções dos cidadãos dos 27 países da União Europeia sobre a segurança do doente e as suas atitudes em relação à qualidade dos cuidados de saúde. Em termos gerais, a investigação abrange a avaliação da percepção dos cidadãos quanto ao nível de dano resultante da prestação de cuidados hospitalares e não hospitalares, nomeadamente em que medida sentem que estão em risco de vivenciar eventos adversos específicos e em que medida são informados sobre as atitudes de segurança no seu próprio país e comparativamente a outros estados membros.

No âmbito desse estudo os cidadãos europeus foram questionados acerca da percepção que tinham quanto à probabilidade de ocorrer dano na sequência da prestação de cuidados hospitalares, sendo que 64% dos portugueses, responderam que existe um risco de os doentes sofrerem dano. Por outro lado, quando questionados acerca da realidade vivida por eles ou por algum familiar, verifica-se que apenas 13% alguma vez sofreu dano (Tabela 1).

Tabela 1. Percepções sobre a segurança do doente (adaptado de European Commission, 2010)

	Qual a probabilidade de sofrer de dano em resultado de cuidados hospitalares?	Já alguma vez sofreu ou algum familiar seu, eventos adversos quando recebia cuidados hospitalares?
EU	50%	26%
PT	64%	13%

É interessante verificar que, comparando com a média das respostas dos 27 países da União Europeia, na primeira questão, Portugal se encontra bastante acima (mais 14%), no entanto apenas 13% de portugueses referem ter sofrido danos resultantes da prestação de cuidados a nível hospitalar.

Os cidadãos europeus foram também questionados acerca da probabilidade de sofrer dano, no que diz respeito à infeção hospitalar, ao incorreto ou atrasado diagnóstico, aos erros de medicação, aos erros de cirurgia e aos erros relacionados com os dispositivos médicos ou equipamentos. Mais uma vez, se verifica que a percentagem de

portugueses que considera haver probabilidade de esse tipo de erros acontecer é bastante superior ao da média dos países europeus (Tabela 2).

Tabela 2. Probabilidade de ocorrer evento adverso (adaptado de European Commission, 2010)

	Infeção hospitalar	Diagnóstico incorreto ou atrasado	Erros de medicação	Erros na Cirurgia	Erros nos dispositivos médicos ou equipamentos
EU	59%	58%	49%	46%	39%
PT	67%	64%	62%	58%	57%

A tomada de consciência por parte de todos os profissionais tem sido uma grande preocupação dos organismos internacionais como a WHO e a EU, como é notório nas suas recentes publicações.

No que diz respeito aos programas desenhados pela *World Alliance for Patient Safety*, destacamos o ponto 11 que consagra a formação aos profissionais da saúde, não só numa perspetiva de formação ao longo da vida como a inclusão destes tópicos na formação de base de todos os que venham a desenvolver a sua atividade na prestação de cuidados de saúde.

- 1) Desafios Mundiais (*Clean Care is Safer Care e Safe Surgeries Saves Lives*)
- 2) Envolvimento dos doentes (*Patients for Patient Safety*)
- 3) Investigação em segurança do doente
- 4) Classificação internacional sobre segurança do doente
- 5) Notificação e aprendizagem
- 6) Soluções para a segurança do doente
- 7) High-5 (5 problemas; 5 países; 5 anos)
- 8) Tecnologia para a segurança do doente
- 9) Gestão do conhecimento
- 10) Eliminar infeções da corrente sanguínea
- 11) Educação e formação
- 12) Prémio em segurança
- 13) Listas de verificação

Por outro lado muitas têm sido as iniciativas da WHO no sentido de unir esforços para que os profissionais sejam envolvidos na formação e treino de práticas seguras, como é notório pelos programas relacionados com o envolvimento na investigação, na adoção de boas práticas, na facilitação da partilha de experiências e mesmo na criação de uma classificação que permite aproximar todos numa linguagem comum. Este documento encontra-se traduzido e disponível na página da Direção Geral da Saúde no micro site do Departamento da Qualidade em Saúde.

A última recomendação emanada pelo Conselho da União Europeia (Recomendação 2009/C) sobre a Segurança dos Pacientes, inclui a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, elenca sete recomendações aos estados membros, “relativas a questões gerais da segurança dos doentes:

1. Apoiem a instituição e o desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a segurança do doente;
2. Responsabilizem os cidadãos e os pacientes e lhes disponibilizem informação;
3. Apoiem o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação e de aprendizagem não recriminatórios sobre eventos adversos;
4. Promovam, ao nível adequado, o ensino e a formação dos trabalhadores da saúde para a segurança dos pacientes;
5. Classifiquem e meçam a segurança dos pacientes a nível comunitário, colaborando uns com os outros e com a Comissão;
6. Partilhem conhecimentos, experiências e boas práticas colaborando uns com os outros e com a Comissão e com outros organismos europeus e internacionais pertinentes;
7. Desenvolvam e promovam a investigação no domínio da segurança dos pacientes.”

Esta recomendação serviu de base para o desenho de programas nacionais para a segurança do doente em vários estados membros e em 2012 surge o Relatório da Comissão ao Conselho, redigido com base nos relatórios dos Estados-Membros relativos à aplicação da Recomendação do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01). Segundo o referido relatório, entre as 13 ações previstas na recomendação, apenas três foram executadas pelo maior número de países: inscrever a segurança dos doentes como uma prioridade nas políticas de saúde pública (todos os países); designar uma autoridade competente responsável pela segurança dos doentes

(25 países); incentivar a formação em matéria de segurança dos doentes em contextos de prestação de cuidados de saúde (24 países). As ações executadas pelo menor número de países são as seguintes: integrar a segurança dos doentes no ensino e formação dos profissionais de saúde (três países); divulgar informações completas aos doentes sobre a sua segurança (cinco países); divulgar conhecimentos de base em matéria de segurança dos doentes junto dos trabalhadores do sector da saúde (11 países); desenvolver competências de base para os doentes relacionadas com a sua segurança (12 países).

No que diz respeito ao número de ações executadas pelos países, podemos verificar na tabela 3 que Portugal se encontra entre os países que implementaram entre 6 e 9 das ações recomendadas.

Tabela 3 – Número de ações executadas pela Rec 2009/C

Países que executaram as 13 ações	zero
Países que executaram entre 10 e 12 ações	9 países: CZ, DE, DK, ES, FR, IE, IT, NL, UK
Países que executaram entre 6 e 9 ações	14 países: AT, BE, BG, EE, FI, LT, LU, MT, NO, PL, PT, SE, SI, SK
Países que executaram entre 4 e 6 ações	3 países: CY, HU, LV
Países que executaram entre 1 e 3 ações	2 países: EL, RO

É assim possível identificar o nível de implementação de políticas e práticas de segurança do doente nos países da UE e sobretudo apontar áreas de melhoria. Este relatório elenca ações que devem ser implementadas ao nível dos Estados-Membros, como é o caso de:

- Associar ativamente os doentes à sua segurança, em especial facultando informações aos doentes sobre as medidas de segurança, os procedimentos de reclamação e as vias de recurso, promovendo um entendimento comum e o desenvolvimento de competências de base para os doentes e incentivando os doentes e respetivas famílias a comunicar os eventos adversos
- Recolher informações sobre eventos adversos através do desenvolvimento dos sistemas de notificação e aprendizagem, garantir um contexto não punitivo para a notificação de eventos adversos e avaliar os progressos na notificação, ou seja, a taxa de notificação pelos profissionais de saúde, por outros trabalhadores do sector da saúde e pelos doentes.

- Os sistemas de notificação devem complementar as disposições da nova legislação sobre farmacovigilância (Diretiva 2010/84/UE) relativas à comunicação de reações adversas aos medicamentos.
- Alargar aos cuidados não hospitalares as estratégias e os programas de segurança dos doentes aplicáveis aos cuidados hospitalares.

Pensamos que há hoje muitas ferramentas disponíveis para levar a cabo a implementação de atividades que visem a segurança do doente em todos os domínios e contextos, o que nos leva à questão que se coloca de seguida:

Qual o motor para a mudança de paradigma?

Ao longo dos últimos 50 anos vários foram os acidentes investigados e o paradigma causal foi alterando. Nos anos 60 o enfoque estava sobretudo relacionado com as falhas do equipamento (hardware e software). Com os anos esta preocupação foi alterando o enfoque para os atos inseguros, sendo que ultimamente está direcionado para o sistema e para as questões culturais (Reason, 1990, 1995 e Reason, Parker e Lawton, 1998).

James Reason, Professor de Psicologia da Universidade de Manchester, observou que os erros de cada ser humano estão relacionados com o desenho do trabalho e com as suas condições de trabalho, especialmente nos sistemas complexos. Este autor considera que há três modelos para o erro, o modelo centrado na pessoa, o modelo legalista e o modelo sistémico (Reason, 1990).

O modelo centrado na pessoa vê o erro como o produto de um processo mental de desobediência que emerge de processos mentais aberrantes (esquecimento, inatenção, distração, desleixo, etc), onde são aplicadas medidas dirigidas ao elemento que se encontra no final da cadeia/linha, *sharp-end*, usando o medo, a culpa e a vergonha. Este modelo isola os erros do seu contexto e a sua solução não acrescenta qualquer valor.

O modelo legalista advoga que os profissionais têm a responsabilidade de não cometer erros. Esses erros são raros mas suficientes para causar eventos adversos. Os erros com consequências negativas são negligentes ou mesmo imprudentes e merecem

sanções dissuasivas. Mas os erros são frequentes e a maior parte sem consequências negativas e raramente são isolados.

O modelo sistémico considera a falibilidade como parte da condição humana, os eventos são o resultado dos patogénicos latentes existentes no sistema, os profissionais que estão no fim da linha (*sharp-end*) estão mais expostos ao erro, mais “herdeiros do que instigadores”. Devem aplicar-se esforços de melhoria das defesas e remover armadilhas no sistema.

Surge assim o modelo causal do acidente, conhecido como o *Swiss Cheese Model of accident causation*.

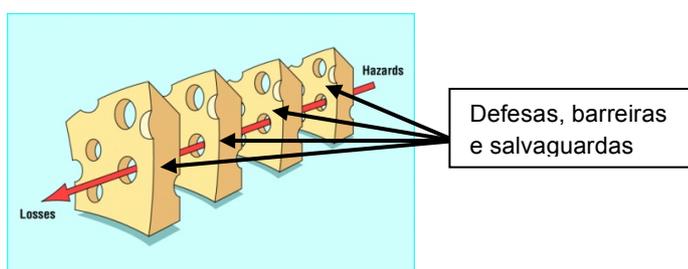


Figura 1. Modelo do Queijo Suíço para os acidentes sistémicos (adaptado de REASON, 2000)

Esta figura ilustra e explica o Modelo do Queijo Suíço para os acidentes sistémicos. Os sistemas altamente tecnológicos, como é o caso da saúde, têm várias camadas de barreiras, algumas relacionadas com a engenharia, outras estão dependentes das pessoas, e outras ainda dependentes de procedimentos e controlos administrativos. A sua função é proteger o sistema e a maior parte fá-lo com eficiência todavia há sempre fraquezas. Tal como no queijo suíço algumas das defesas (que correspondem às fatias do queijo da Figura 1) têm buracos que vão alterando a sua dimensão e localização no sistema. Um mau resultado emerge quando os buracos em muitas camadas ficam alinhados permitindo a trajetória do acidente. Estes “buracos” surgem em consequência das falhas ativas e das latentes (Reason, 2000).

Não podemos esquecer nunca que se admitirmos que o Ser Humano falha, também teremos que admitir que nos contextos de prestação de cuidados essa componente Humana estando sempre presente, levará a que os erros sejam sempre possíveis, ou seja, estamos cientes da inevitabilidade do erro. Então, pode surgir a questão que se segue,

De que modo este novo olhar sobre a segurança do doente se reflete no ensino da enfermagem e das profissões da saúde?

Esta questão leva-nos a uma breve conclusão aplicada ao ensino da enfermagem e das áreas da saúde em geral e é fruto de uma reflexão pessoal apenas, uma vez que não se encontram estudos, ensaios, ou qualquer tipo de fontes que possibilitem e sustentem esta reflexão.

Partindo do pressuposto que:

1. o ambiente de aprendizagem é estruturado e desenhado de modo a que as competências vão sendo adquiridas ao longo de um certo período de tempo, considerado suficiente para o ensino de uma dada profissão;
2. as competências adquiridas em ambiente de aprendizagem formal, são em regra avaliadas pelas vários mecanismos de avaliação que conhecemos;
3. a simulação para além do role-play é uma ferramenta cada vez mais usada na aprendizagem das áreas da saúde;
4. os estagiários quando colocados face a um problema/situação clínica, já tiveram contacto com as perícias que o permitem adaptar-se a essa situação;
5. todos os profissionais da prestação estão conscientes da problemática da segurança do doente e agem tendo em vista uma cultura de segurança e estão identificadas todas as atividades de maior risco em cada posto de trabalho;
6. todos os profissionais do ensino da saúde (escolas superiores de enfermagem, faculdades de medicina, faculdades de farmácia, escolas superiores de tecnologias da saúde, entre tantas outras) assumem a segurança como um eixo prioritário nas suas praticas, incluindo as temáticas do erro na sua leccionação;

...e tendo consciência da elevada complexidade em que todos os profissionais se movem no exercício das suas funções;

...e tendo consciência que o fator humano é um dos fatores que estão na causa de muitos erros.

Leva-nos a concluir que apesar de dar resposta aos eventos mais graves, a cultura “médica” responde com medidas que reparam o dano mas em regra não estão interessadas em melhorias sistemáticas. A prova disso é a dificuldade em aceitar a

Medicina Baseada na Evidência, e a dificuldade que muitas vezes os profissionais têm em seguir protocolos.

A Saúde ainda se encontra numa fase de desenvolvimento muito embrionária e para criar uma cultura de segurança eficaz, uma de duas coisas devem ser realizadas: 1) forçar a implementação de sistemas de gestão da segurança; 2) assumir uma marcada mudança de atitude na forma como os profissionais veem o seu trabalho e a relação do seu trabalho com o dos seus pares.

Weick e Sutcliffe (2001) aplicaram o conceito de *sensemaking* para organizações de elevada fiabilidade para conhecer o modo como estas mantêm a qualidade. Os seus trabalhos levaram os autores a propor o conceito de "consciência", que é caracterizado pela preocupação com o fracasso, pela relutância em simplificar interpretações, pela sensibilidade para as operações, pelo compromisso com a resiliência e pela deferência à especialização dos profissionais da linha de frente.

Esta visão é apoiada por Reason (2000), que contrasta estes elementos positivos com três elementos de cultura que vão contra a qualidade, culpar os indivíduos de primeira linha, negar a existência de fraquezas sistémicas que provocam erros e perseguir cegamente a produtividade e os indicadores financeiros.

É nossa convicção que a única forma de os profissionais de saúde assumirem um novo olhar face à segurança, passa pela implementação de uma cultura justa em que as pessoas não são punidas pelos seus erros, mas as violações não são toleradas, uma cultura de notificação que promove a comunicação e incentiva as pessoas a falar e notificar os erros sem receio de culpa ou punição e uma cultura de permanente aprendizagem, onde os erros são conhecidos, investigados e as soluções encontradas e implementadas, sendo posteriormente controladas nos seus efeitos.

Referências

Aranaz, J.M., Aibar, C., Vitaller, J. & Mira, J.J. (dir.) (2008). *Gestión sanitaria : calidad y seguridad de los pacientes*. Madrid: Fundación Mafre. Ediciones Díaz de Santos, ISBN 978-84-7978-890-2.

European Commission. Directorate-General for Health And Consumers. Directorate-General For Communication (2010). *Patient safety and quality of healthcare: full report*. Brussels: TNS Opinion & Social, (Special Eurobarometer; 327).

European Commission. (2009). *Relatório da Comissão ao Conselho com base nos relatórios dos Estados-Membros relativos à aplicação da Recomendação do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde* (2009/C 151/01).

Jackson, T. (2009). *One Dollar in Seven: Scoping the Economics of Patient Safety*, Canadian Patient Safety Institute.

Kalra, J. (2004). Medical errors: an introduction to concepts. *Clinical Biochemistry*, 37, 1043-1051.

Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S. (2000). *To err is human : building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America*, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

Legido-quigley, H., Mckee, M., Nolte, E. & Glinos, I.A. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, (Observatory Studies Series; 12).

Miller, M.R., Elixhauser, A., Zhan, C. & Meyer, G.S. (2001). Patient Safety Indicators: using administrative data to identify potential patient safety concerns. *Health Services Research*, 36(6 Pt 2), 110-132.

Reason, J. (2000). Human error : models and management. *BMJ*, 320, 768-770.

Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Reason, J. (1995). Understanding adverse events : human factors. *Quality in Health Care*, 4, 80-89.

Reason, J.; Parker, D. & Lawton, R. (1998). Organizational controls and safety: the varieties of rule-related behaviour. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 71, 289-304.

Recomendação 2009/C. Jornal Oficial da União Europeia. (Junho) 151/01-151/6 – Do Conselho da União Europeia sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.

UK. Department of Health (2000). *An organization with memory : report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. London: Department of Health. ISBN 011 322441 9.

Vincent, C.(2006). *Patient safety*. London: Churchill Livingstone.

Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2001). *Managing the unexpected : assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

WHO (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.



6. Parto por cesariana: Salvação e/ou conformidade?

6. Parto por cesariana: Salvação e/ou Conformidade?

Maria da Luz Barros – *Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora*

Introdução

O parto, sendo um fenómeno fisiológico nem sempre ocorre de forma natural, verificando-se atualmente um aumento das taxas de cesariana na maioria dos países desenvolvidos, com implicações no aumento da morbilidade materna e encargos financeiros em saúde. Os cuidados no parto que inicialmente eram assegurados no domicílio por parteiras, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materno infantil passaram a ser controlados pelos médicos em meio hospitalar e, em meados do século XX, os avanços tecnológicos e científicos levaram a que o parto sofresse um processo de modernização, socorrendo-se do progresso tecnológico. Este progresso provocou mudanças sociais que introduziram alterações nas atitudes dos indivíduos não só a nível social mas também a nível profissional. Em obstetrícia, o advento dos antibióticos e de instrumentos obstétricos levou a que se passasse a falar em parto normal e parto instrumentalizado.

Nos diversos tipos de literatura, percebe-se que as distintas práticas do parto constituem, nos dias que correm, um assunto complexo nos cuidados em obstetrícia. A cesariana começou por ser um meio para defender a saúde da mãe. No entanto, recentemente com a preocupação voltada para o feto tornou-se também um meio de salvar o bem estar desta díade e passou a atender-se a estas duas entidades quando se decide por cesariana, embora se questione muitas vezes os critérios subjacentes a essa decisão. Com o seu recurso, pensa-se na salvação da mulher e/ou dos técnicos ou, por outro lado, atua-se em conformidade com as recomendações obstétricas.

Este é um tema que tem carácter multidimensional sendo alvo do debate público, pelo que consideramos que deve constar também das agendas da academia e ser sujeito a investigação.

Considerando todos estes aspetos e a inquietação que nos tem causado esta problemática enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, temos vindo, há já alguns anos, a trabalhar nesta área, estando atualmente a elaborar a uma pesquisa, no âmbito da tese de doutoramento, sobre esta temática

centrando-nos nas vivências das mulheres que experienciaram um parto por cesariana, quer de forma urgente quer de forma programada, na região Alentejo, com o objetivo de analisar a “opção” das mulheres pelo parto por cesariana.

Contextualização da medicalização do parto

O parto fenómeno fisiológico, na espécie humana, tem sofrido modificações no modo como se pensa e se age sobre ele. É difícil descrever-se o que quer que seja sobre a gravidez e o parto no período pré-histórico, apenas se fazem conjeturas com base em pinturas rupestres parecendo que nessa época o parto era um evento solitário em que a mulher se movimentava e adquiria a posição de cócoras no período expulsivo. Alguns estudos antropológicos defendem a ideia que a mulher se isolava para ter os filhos regressando depois para junto do grupo já com o bebé nascido, sem que estivesse associada á reprodução o ato sexual. Na história dos cuidados no parto destacam-se no antigo Egipto, o facto de haver a ideia de que todas as mulheres que passavam pelas dores do parto deveriam ser assistidas pelas divindades que, sendo invocadas, viriam em seu socorro. Eram as mulheres que no domicílio auxiliavam no parto e acumulavam saber de geração em geração, mas a falta de rigor e de sistematização levaram a que começassem a surgir questionamentos sobre as técnicas e procedimentos executados pelas parteiras. Passou a desconsiderar-se a prática das parteiras, sendo visível a separação entre o conhecimento científico e académico dos médicos e o saber entendido pelas parteiras.

Entre os séculos XVI e XVII, começaram a ser introduzidos nos casos mais graves a participação do cirurgião ou do médico dando-se preferência às parteiras devido ao excesso de pudor em relação aos profissionais do género masculino, mas de forma gradual, o parto deixou de ser do domínio das mulheres passando a estar sob alçada médica, de forma cada vez mais complexa (Acker et al,2006). Desta forma, o parto afastou a mulher do seu domicílio e do ambiente familiar.

Durante os séculos XVIII e XIX a intervenção médica desenvolveu-se, organizou-se e legalizou-se no sentido de enaltecer os cuidados no parto. O parto passou a ser um acontecimento sob a alçada do médico, deixou de ser natural ou fisiológico (Resende 2005).

Com o objetivo de promover a saúde das mulheres e das crianças, a hospitalização do parto iniciada anteriormente levou, no século XX, à construção de maternidades e hospitais onde era garantida a assistência ao parto, tendo-se verificado um acentuado decréscimo das taxas de morbimortalidade materno infantil. A institucionalização do parto teve o seu início de forma mais notória nos Estados Unidos, passando posteriormente para a Europa, passando a partir daí a ser controlado pela profissão médica. (Odent, 2003).

Com caráter preventivo, a instrumentalização e a medicalização do parto levaram à possibilidade de se efetuarem episiotomias/ episiorrafias, induções do parto, cardiotocografia para monitorização do parto e à hipótese de recurso a cesariana. O recurso à episiotomia/episiorrafia é um procedimento obstétrico que visa prevenir lesões graves do períneo no período expulsivo, no entanto, a controvérsia existe constatando-se que em muitos casos ela ocorre de forma rotineira, pondo em causa a sua real vantagem sendo questionada a possibilidade de um aumento de complicações deste procedimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS), defende que este procedimento seja feito de forma seletiva, tendo publicado em 1996 o manual de assistência ao parto em que aconselha a realização da episiotomia em algumas situações, em concreto, sofrimento fetal, fraca progressão do trabalho de parto e risco iminente de lesão do 3º grau do períneo.

Numa revisão de literatura que incluiu estudos que comparam a realização da episiotomia rotineira à seletiva constatou-se que a realização da episiotomia rotineira não protege o assoalho pélvico, causa dor intensa, sangramento e complicações intra e pós-operatórias. Os autores concluíram que os estudos publicados reforçam a evidência de que a episiotomia feita de forma rotineira não tem qualquer vantagem devendo recorrer-se a ela em situações clínicas específicas, de acordo com a determinação do serviço, uma vez que não existe consenso sobre quais seriam essas situações. Os referidos autores refletiram sobre as recomendações da prática baseada na evidência, constatando-se a necessidade de intervenções para que ocorra mudança de comportamento na prática clínica diária. Verificaram ainda que apesar da controvérsia existente na literatura científica, a sua realização de forma rotineira ainda é uma realidade, considerando que esse procedimento possa estar associada a hábitos antigos, à

influência da formação acadêmica ou ao receio e insegurança de que a sua não realização represente má assistência obstétrica (Carvalho, Souza & Filho, 2010).

A indução do parto é um procedimento comum em obstetrícia graças ao recurso à ocitocina sintética que pode ser administrada para desencadear o trabalho de parto com critérios discriminados pelo médico, seja a idade gestacional ou grau de risco da gravidez. É um procedimento que torna possível o parto embora de forma forçada, mas que nem sempre tem o sucesso esperado, verificando-se em muitas situações a ocorrência de complicações que levam à necessidade de cesariana de urgência, sendo as mais frequentes a não progressão do trabalho de parto e sofrimento fetal agudo.

Numa revisão sistemática de estudos quantitativos, em que se selecionou um grupo de comparação e analisou a intervenção clínica para aumentar o sucesso do parto vaginal após uma cesariana, percebeu-se que a indução do parto através da ruptura artificial de membranas, do uso de prostaglandinas, da infusão com ocitocina ou a sua combinação, estava associada com taxas baixas de parto vaginal. O mesmo estudo revela ainda que os agentes de amadurecimento cervical, podem ser causa de menos nascimentos por via vaginal quando comparados com trabalho de parto espontâneo. (Catling et al, 2011).

Os hospitais foram acompanhando o progresso científico e tecnológico, equipando-se muitos deles no sentido de assegurar o parto cirúrgico para situações de risco. Os avanços nos campos da anestesiologia e da antibioterapia vieram trazer mais segurança a este ato cirúrgico e a possibilidade de monitorizar o feto e de utilizar a ocitocina sintética, levou a uma tendência acentuada para a medicalização do parto, o que parece contribuir também para o aumento das taxas de cesariana. Para McCourt et al (2007). As taxas de cesariana continuam a aumentar em muitos países com acesso a serviços médicos de forma rotineira, porém, este aumento não está associada à melhora da morbimortalidade perinatal. Este aspeto tem sido considerado pelas diversas entidades de saúde. As altas taxas de cesariana continuam a ser uma grande preocupação de saúde pública a nível internacional, sendo que alguns países apresentam taxas sem precedentes. (Lin et al 2005). Ao longo dos últimos 30 anos, em muitos países, o seu valor ultrapassou 20% (MacDorman et al 2008). Ainda a este respeito, Law et al (2010) referem que este aumento das taxas de cesariana tem alarmado as autoridades de saúde em todo o mundo e têm sido feitas advertências no sentido de

as reduzir. Observa-se que as causas para este aumento são várias, dependendo dos hospitais, dos técnicos e da área geográfica. As razões para esta tendência ascendente é multifatorial dependendo de causas médicas, associadas aos avanços na cirurgia e anestesiologia, à diminuição da morbidade e mortalidade materna associada a este procedimento e à prevenção de possíveis lesões do assoalho pélvico no parto vaginal (Jibodu e Arulkumaran 2000). De acordo com o National Institutes of Health Consensus Development Conference (2011), nos Estados Unidos e na Austrália, para este aumento tem contribuído a relutância de muitas instituições de saúde e/ou clínicos em tentar um parto vaginal após cesariana. Reforça-se ainda esta ideia com o facto de se verificar que a partir de 1990, a taxa de partos por cesariana tem vindo a aumentar na maioria dos países desenvolvidos, embora com variações consideráveis (Ventura et al. 2000).

O parto por cesariana passou a ser uma possibilidade vista como vantajosa quer pelos obstetras quer pelas mulheres tornando-se uma prática frequente em muitas maternidades, levando-nos muitas vezes a questionarmo-nos sobre os critérios subjacentes à escolha desta via do parto. Embora em alguns casos a mulher possa escolher o tipo de parto, no nosso país no que respeita à cesariana não há estudos que explicitem este facto, percebendo-se no entanto que os médicos não estão ainda disponíveis para atender aos desejos pessoais das grávidas/parturientes.

São controversos os critérios que levam à decisão por cesariana, parecendo por um lado querer salvar a situação sem qualquer tipo de rigor e por outro cumprirem-se as conformidades subjacentes a este ato cirúrgico, tendo ambas implicações no aumento de taxas de cesariana. Atualmente, a cesariana tende a ser vista como uma intervenção obstétrica bem aceite, segura e cómoda tanto para a mãe como para o feto e para os obstetras, sendo que para estes pode constituir um meio de fuga a embaraços médico-legais.

É discutível a programação e a urgência das cesarianas sendo variadas as causas da decisão no parto cirúrgico. Um estudo efetuado com vinte e seis mulheres que tiveram parto na maternidade de Aberdeen no Reino Unido e que tinham uma experiência anterior de cesariana visou explorar prospectivamente o processo de decisão do tipo de parto em mulheres que tinham passado por uma experiência de parto por cesariana para compreender a forma como é tomada esta decisão. Os resultados revelaram que as mulheres foram influenciadas pelas suas experiências anteriores e a decisão final

sobre o tipo de parto, que muitas vezes se desenvolve ao longo da gravidez, para a maioria das mulheres foi considerada como provisória consciencializando-se que podem surgir circunstâncias que provoquem mudanças nessa decisão. Apesar de desejarem ser envolvidas no processo, muitas mulheres não gostavam de se sentir responsáveis pela decisão tomada. Em contraste com as informações transmitidas na literatura não científica, não houve evidência sobre as preferências ou escolhas das mulheres pela cesariana eletiva. As mulheres que tiveram uma cesariana anterior não costumam ter ideias fortemente estabelecidas sobre o modo tipo de parto. Elas atendem às orientações médicas e algumas mostram-se descontentes com a responsabilidade de decidir a via do parto (Moffat et al, 2007).

Numa visão mais ampla, a decisão para cesariana está envolta em critérios pouco claros. Para Oliveira et al (2002), no Brasil, país com uma das mais elevadas taxas de cesariana, alguns fatores que contribuem para o aumento de cesarianas são o pouco tempo de dedicação dos médicos à vigilância do trabalho de parto, à desinformação das grávidas em relação ao parto normal, à falta de enfermeiros obstetras para assistirem as parturientes, a analgesia no parto e a possibilidade de laqueação tubar em simultâneo com a cesariana. Para Wagner (2006), uma das razões que leva os obstetras a promover as cesarianas é que em primeiro lugar, o parto normal leva em média doze horas a desenrolar-se e acontece a qualquer hora do dia, enquanto a cesariana leva vinte minutos e pode ser marcada de forma conveniente. Refere ainda o autor que numa análise feita a certidões de nascimento, se pôde perceber que os nascimentos no Brasil são mais comuns de segunda a sexta-feira das nove horas às dezassete incluindo as cesarianas de urgência. Estes dados corroboram com os dados apresentados por D'orsi et al (2006), num estudo caso controle, que teve como objetivo identificar os fatores associados à cesariana numa maternidade pública num hospital do Rio de Janeiro em que participaram 231 mulheres submetidas a parto por cesariana (Casos) e 230 submetidas a parto vaginal (controles) e que se apresentam na tabela 1:

Tabela 1

Table 2						
Characteristics of admission, management of labor, attending obstetrician, and time of decision by type of delivery. Public hospital, Rio de Janeiro, Brazil, 1998/1999.						
	Cesarean section		Public hospital Vaginal delivery		OR*	95%CI
	n	%	n	%		
Level 5 – Characteristics of hospital admission						
Time of admission (hours)						
22:00 to 05:59	55	25.9	80	37.0	1.0	
06:00 to 17:59	119	56.1	107	49.5	1.6	1.0-2.5
18:00 to 21:59	38	17.9	29	13.4	1.9	1.0-3.4
Total	212	100.0	216	100.0		
Cervical dilatation						
≥ 3cm	54	24.3	172	76.4	1.0	
< 3cm	168	75.7	53	23.6	10.1	6.5-15.6
Total	222	100.0	225	100.0		
Status of membranes						
Ruptured	55	24.2	75	32.9	1.0	
Intact	172	75.8	153	67.1	1.5	1.0-2.3
Total	227	100.0	228	100.0		
Gestational age (weeks)						
37-40	132	59.5	144	65.8	1.0	
< 37	57	25.7	61	27.9	1.0	0.7-1.6
41-43	33	14.9	14	6.4	2.6	1.3-5.0
Total	222	100.0	219	100.0		
Fetal presentation						
Cephalic	203	89.4	226	99.1	1.0	
Other (majority breech)	24	10.6	2	0.9	13.4	3.1-57.2
Total	227	100.0	228	100.0		

Fonte D'orsi et al (2006)

Mas a questão não se restringe ao Brasil, num estudo efetuado por investigadores da Universidade Americana de Beirute e que teve como objetivo determinar as características das taxas de cesariana nesta cidade, verificou-se que a incidência das taxas de cesariana foi de 35%, estando significativamente associada à gestação múltipla, idade gestacional, número de partos anteriores, local de vigilância pré-natal sendo superior o número de vigilâncias efetuadas em clínica particular comparativamente às vigilâncias no centro de saúde, à hora do parto (manhã *versus* noite), dia do parto (de fim de semana *versus* dias de semana) e história da cesariana anterior. Concluíram que as altas taxas de cesariana em Beirute levantam sérias questões sobre a saúde das mulheres com os efeitos económicos sobre o sistema de cuidados de saúde.

Tabela 2

Variables	Delivery Type				P-Value
	Cesarian Section		Vaginal Delivery		
	N	%	N	%	
Time of Delivery (all deliveries)					
day	141	44.9	173	55.1	0.000
evening	36	25.0	108	75.0	
night	32	23.2	106	76.8	
Total	209	35.1	387	64.9	
Time of Delivery (unplanned deliveries)					
day	53	23.5	173	76.5	0.500
evening	27	20.0	108	80.0	
night	24	18.5	106	81.5	
Total	104	21.2	387	78.8	
Day of Delivery (all deliveries)					
Week days	183	38.0	298	62.0	0.003
Weekend	28	23.5	91	76.5	
Total	211	35.2	389	64.8	
Day of Delivery (unplanned deliveries)					
Week days	92	23.6	298	76.4	0.014
Weekend	13	12.5	91	87.5	
Total	105	21.3	389	78.7	
Hospital Teaching status					
Yes	114	35.8	204	64.2	0.710
No	97	34.4	185	65.6	
Total	211	35.2	389	64.8	
Hospital Ownership					
Not for profit	104	32.2	219	67.8	0.100
Profit	107	38.6	170	61.4	
Total	211	35.2	389	64.8	

Fonte: Kassak, Mohamad & Abdallah (2009)

Neste mesmo estudo foram identificadas como principais determinantes para parto por cesariana, uma cesariana anterior; idade gestacional; paridade; vigilância pré-natal em serviços de saúde particulares, dor; medo e stress associado aos partos vaginais. Referem também os autores que são necessários mais estudos para melhor compreensão do impacto dos fatores que favorecem o parto por cesariana.

Das pesquisas efetuadas, percebeu-se que a única variável psicológica associada à escolha de cesariana a pedido materno foi o medo do parto. Um estudo controlado randomizado que teve como objetivo comparar partos vaginais e satisfação com o parto entre as mulheres com medo do parto, num Hospital Central da Universidade de Helsínquia, a satisfação com o parto foi analisada a partir do questionário Wijma Delivery Expectancy Questionnaire (W-DEQ-A) tendo concluído que para diminuir o

número de cesarianas devido ao medo intenso do parto, é necessário proporcionar tratamento adequado para o medo do parto. Este estudo mostrou efeitos positivos a partir do recurso a terapia de grupo psico educativa nomeadamente em primíparas (Rouhe et al, 2012).

O medo do parto é um fator predisponente para a ocorrência de cesariana de emergência ou de forma eletiva, mesmo nos casos em que houve aconselhamento psicológico. (Sydsjö et al 2012). Para estes autores, as mulheres descrevem diferentes tipos de medo, entre eles, da dor intolerável, de lesão ou a morte do bebé ou de si própria, falta de controlo da situação durante o parto ou da necessidade de parto instrumental, sendo também referida a falta de confiança nos técnicos como fator desencadeante de medo do parto o que faz prolongar o tempo que medeia uma posterior gravidez, a fase ativa do trabalho de parto e aumenta o risco de cesariana. São identificados na literatura muitos outros medos, que influenciam a opção por uma cesariana, e a esse respeito, Faundes (1991) refere como fatores socioculturais que influenciam a opção por cesariana tanto para os clínicos como para as mulheres são o medo da dor do parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina, a crença que o parto vaginal é mais arriscado do que a cesariana, sendo esta uma forma “moderna” de ter filhos.

A opção por cesariana, não está muito dependente das mulheres, sendo necessário o seu empoderamento para que possam decidir de forma informada. Os estudos revelam a necessidade de mais investimento dos técnicos neste âmbito. É muito frequente a mulher solicitar cesariana quando o trabalho de parto se prolonga cansando-lhe sofrimento psicológico manifestado por aumento dos níveis de ansiedade, vendo na cesariana a salvação para a situação que está a viver, é uma forma de parar o sofrimento e ver finalmente o seu bebé.

A mulher necessita ser conhecedora dos riscos e benefícios deste tipo de parto e perceber que é possível ter parto vaginal com antecedentes de cesariana, sendo que um dos receios sentido pelos clínicos neste caso se prende com o risco de rutura uterina. Constata-se a existência do paradigma “uma vez cesariana, sempre cesariana”, no entanto, sabe-se que na prática é possível ter-se um parto vaginal após cesariana. Hamai e Imanishi (2011) do departamento de obstetrícia e ginecologia do Tokyo Metropolitan Police Hospital publicaram um estudo que teve como objetivo analisar os resultados do parto vaginal em mulheres com antecedentes de cesariana. Participaram 145

mulheres com antecedentes de cesariana de janeiro de 2000 a Dezembro de 2009 e os resultados revelaram que em 27 casos foi realizada cesariana programada, o parto vaginal foi recomendado a 118 mulheres. Apenas uma grávida sofreu ruptura uterina. Não houve necessidade de uma transfusão sanguínea ou de histerectomia. O prognóstico materno e dos recém nascidos foi considerado bom e a taxa de sucesso de parto vaginal após cesariana foi de 94,9%. Concluiu-se que o parto vaginal em mulheres com cesárea anterior deve ser considerado. Na maioria dos hospitais do Japão, a cesariana é quase sempre realizada em mulheres com antecedentes de cesariana mas, se as indicações forem cuidadosamente avaliadas e explicadas à grávida ela expressa o desejo de um parto normal. No entender destes investigadores tentar o parto vaginal em mulheres com história da cesariana é clinicamente aceitável. Um outro estudo de Chung et al (2010) que pretendeu, investigar se a probabilidade de ocorrência de parto por cesariana e parto vaginal após cesariana varia com a nacionalidade materna, entre mulheres oriundas da China, Vietname e Taiwan concluiu que as mulheres vietnamitas e chinesas têm maior probabilidade de ter parto vaginal após cesariana anterior do que as mulheres de Taiwan, o que corrobora com as taxas de cesariana desses países. A consistência nas associações parece apoiar a hipótese de que o parto por cesariana, ocorre tanto de forma primária como de repetição por influência das atitudes maternas, que são provavelmente construídos pelo domínio das atitudes culturais no país de origem.

A prática de cesariana a pedido da mulher, sem que haja qualquer indicação obstétrica, é uma questão que necessita ainda de grande debate e análise, dependendo muito da prática clínica e da cultura dos hospitais. Nem todos os clínicos aceitam fazer cesariana a pedido da mulher. De acordo com o estudo elaborado na Noruega, 50% dos obstetras pareciam aceitar a decisão da mulher para cesariana eletiva. Estas percentagens assemelham-se a dados de investigações anteriores feitas na Europa e nos Estados Unidos da América (Fuglenes, Oian, Guyrd-hansen, Olsen & Kristiansen, 2010). A este respeito, Mc Court et al. (2007), referem que um grande número de comentários que surgem na literatura médica e em alguns meios de comunicação, sugerem que o pedido das mulheres contribui significativamente para o aumento contínuo a nível internacional de nascimentos por cesariana.

Mas nem todas as mulheres desejam fazer cesariana, tendo muitas vezes que ser submetidas a este tipo de parto de forma inesperada, contra a sua expectativa, com implicações na experiência de parto.

Atendendo à realidade atual, a Organização Mundial de Saúde (1999), recomendou uma mudança nas práticas do parto, difundindo a promoção do parto natural e mudanças de comportamentos que estão padronizados, mas sobre os quais não há comprovação científica, sendo necessário rever algumas dessas práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Em Portugal, atendendo às estatísticas que revelam a existência de um elevado número de nascimentos por cesariana, começam a surgir algumas preocupações já que estas taxas ultrapassaram largamente os 15% preconizados pela OMS. Em 2007, o valor das taxas de cesariana nos hospitais públicos foi de 34,8% (Alto Comissariado da Saúde, 2008). Numa notícia avançada pela Lusa em 19 de Outubro de 2010, a então ministra da saúde defendeu a redução da taxa de cesarianas em Portugal, que é superior a 35 %, para 20%. Anunciou que o Governo pretende lançar «rapidamente» uma campanha de informação que clarifique as vantagens, ou desvantagens, de uma cesariana, defendendo que este ato cirúrgico «não pode ser feito a pedido». Para a ministra, a questão merece reflexão, devendo atender-se à qualidade do acompanhamento e da intervenção bem como dos custos financeiros que uma cesariana acarreta. A este respeito, Carlos Santos entende que se criou «a ideia de que a cesariana é mais simples, mais segura e mais rápida» do que o parto natural, quando implica «riscos anestésicos, infecciosos e hemorrágicos». Salaria que, se alguma coisa corre mal no parto vaginal, a primeira pergunta é: «porque não fizeram uma cesariana?». A classe médica optou por correr menos riscos, pratica «uma medicina defensiva» (Portal oficial da Ordem dos Médicos, 2009). Não descurando a questão política e financeira, a este respeito a ministra refere que «as questões financeiras merecem um maior aprofundamento do ponto de vista dos seus princípios» e «terão que ser analisadas em organismos que fazem este estudo para o Ministério». Referiu também que a experiência negativa da mãe associada ao parto por cesariana, o menor contato imediato com o bebé e o risco de infertilidade são desvantagens apontadas no parto não natural.

Investigação em curso

Os dados que de seguida apresentamos são parte preliminar de um estudo mais amplo do qual pretendemos trazer contributos para o conhecimento das implicações psicológicas na mulher fruto das práticas da obstetrícia atual, nomeadamente no que respeita às questões relacionadas com as tomadas de decisão no parto por cesariana eletiva ou de urgência. Foi nossa pretensão estudar o fenómeno no âmbito regional escolhendo a região Alentejo.

Temos como objeto de estudo a vivência das mulheres que foram submetidas a parto por cesariana, quer de forma eletiva quer de urgência e delineamos como questão de partida:

Qual a influência das expectativas sobre o parto na vivência do parto por cesariana?

Surgiram assim algumas questões que orientam esta pesquisa:

- Que expectativas são construídas pelas mulheres relativamente ao parto e em particular para o tipo de parto?
- Optando por um parto por cesariana, como é que as mulheres expressam esse desejo?
- Que intercorrências do trabalho de parto levaram à decisão de cesariana não programada?

Delineamos então os seguintes objetivos:

- Compreender a forma como se constroem as expectativas acerca do parto e conhecer a sua importância.
- Identificar os aspetos postos em causa pela não concretização das expectativas acerca do parto quando há necessidade de cesariana de urgência.
- Conhecer as causas e motivos do elevado número de cesarianas na região Alentejo.

A amostragem teórica é constituída por cinco puérperas internadas num hospital da região Alentejo, 24 horas após o parto por cesariana, tendo esta ocorrido tanto de forma programada como de urgência. Destas cinco mulheres, duas tiveram parto por cesariana de urgência e três tiveram cesariana programada. Foram critérios de exclusão a gravidez patológica, parto pré- termo, parto gemelar e morte fetal.

Atendendo aos objetivos propostos, à questão de partida e à compreensão dos fundamentos da investigação qualitativa, optamos por uma metodologia qualitativa que permitisse uma análise aprofundada dos dados e a identificação das relações entre

eles. Pretendemos que a identificação da causa do problema vá emergindo e explique de forma efetiva a raiz do problema criando uma teoria a partir dos dados. A grounded theory permite construir, de forma claramente indutiva, um modelo teórico assente nos dados, a partir de uma análise de natureza qualitativa podendo trazer novo conhecimento ou aperfeiçoar teorias já existentes.

Utilizamos entrevistas semiestruturadas aplicadas às puérperas entre as 24 e as 72 horas pós parto no internamento, período de tempo, para explorar as consequências no puerpério imediato permitindo fazer simultaneamente uma investigação de campo. Para Streubert, Speziale & Carpenter, (2003) a investigação de campo explora e descreve os fenómenos nos seus ambientes naturais sejam hospitais, clínicas ou lares. Foram assegurados todos os procedimentos éticos tendo sido obtidas as autorizações por parte dos conselhos de administração dos hospitais com base no parecer das comissões de ética. Antes de iniciarmos as entrevistas foram apresentados os objetivos do estudo e pedido o consentimento para proceder à gravação das respostas assegurando sempre que seria garantido o sigilo.

Entre os meses de agosto e novembro de 2012 foram feitas entrevistas semiestruturadas às puérperas ainda no período de internamento entre as 24 horas e as 72 horas pós parto. Procuramos que a primeira questão levasse os participantes a explorar de forma clara os aspetos relacionados com o parto, e que refletisse sobre eles, permitindo assim relevância na informação transmitida. Após a legitimação da entrevista, iniciamos a entrevista com a questão: “Como desejou que fosse o seu parto?” Assim, abrimos caminho para explorar a forma como se constroem as expectativas acerca do parto e conhecer a sua importância. As entrevistas foram transcritas e os dados sistematicamente analisados, tal como determina o método iniciando-se a interação com os dados. A análise foi feita linha a linha, um tipo de análise que gera categorias iniciais. Este procedimento também denominado microanálise, consiste na *“análise detalhada linha por linha, necessária no começo de um estudo para gerar categorias iniciais (com as suas propriedades e dimensões) e para sugerir relações entre as categorias; uma combinação de codificação aberta e axial”* Strauss e Corbin (2008:65).

Redigimos memorandos onde eram elaboradas ideias que permitiam uma melhor análise dos dados subsequentes. Procedemos a codificação aberta, que de acordo com Strauss e Corbin (2008), consiste num processo analítico que permite a identificação

de conceitos e descoberta das suas dimensões e propriedades. Procedemos também à codificação axial, que para os mesmos autores é o processo que permite relacionar categorias às subcategorias ocorrendo em torno de um eixo de uma categoria onde se associam categorias ao nível de propriedades e dimensões. Atendendo ao estágio da investigação não procedemos ainda a codificação seletiva que segundo Fernandes & Maia (2001), deriva do estabelecimento e relacionamento sistemático entre a categoria central e as restantes categorias que vão validando a relação entre elas.

Primeira aproximação aos resultados

Através de um exercício de codificação interpretativa e da criação de categorias, a decisão para parto por cesariana emergiu como categoria central. A decisão médica tem maior impacto e o obstetra apresenta-se como agente da tomada de decisão. As mulheres, apesar das experiências vividas e das expectativas criadas para o parto tendem a não expressar verbalmente o seu desejo pelo tipo de parto, parecendo não estar muito envolvidas nas tomadas de decisão reconhecendo credibilidade nas razões apresentadas pelo obstetra, e que levam à decisão tanto para a cesariana eletiva como para a cesariana de urgência. Levanta-se assim a questão da falta de envolvimento da mulher no seu parto. O parto deixou de ser um acontecimento em que a mulher era a principal interveniente, passando a ser um evento institucionalizado e medicalizado, dominado pela tecnologia e pelos cuidados dos técnicos que controlam o parto (Almeida, Soares, Sodr e & Medeiros, 2008).

Os significados atribuídos ao parto t em sofrido altera es ao longo dos tempos. Inicialmente era assunto dominado pelas mulheres, tornando-se progressivamente uma área a ser explorada pelo médico em meio hospitalar com o objetivo de diminuir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil. A possibilidade de recurso   instrumentaliza o e   anestesia permitiram uma melhoria nos cuidados obstétricos, porém, parece haver uma utiliza o indiscriminada destes recursos assistindo-se atualmente, a nível mundial, a um aumento crescente do número de nascimentos por cesariana. Sabendo-se que cada vez mais este tipo de parto ocorre de forma segura graças aos avanços científicos e tecnológicos,   razoável pensar-se que a sua realiza o seja sobretudo para prevenir situa es de risco quer para a mãe quer para o feto e que

sendo um ato cirúrgico, não está livre de riscos defendendo-se atualmente uma reflexão sobre os riscos e benefícios da cesariana, em prol do bem-estar materno infantil.

A tendência crescente verificada a nível mundial do recurso a esta via do parto faz com que as taxas de cesariana ultrapassem em muito os 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde. A sua prática parece estar envolta em critérios pouco consolidados percebendo-se que é mais frequente em hospitais privados do que nos hospitais públicos o que leva a um consumo excessivo dos recursos dos sistemas de saúde. De acordo com diversos autores, as taxas de cesariana a nível mundial são mais elevadas em mulheres que receberam cuidados em hospitais privados comparativamente aos hospitais públicos (Belizán, Althabe, Barros & Alexander, 1999; Betrán, Merialdi, Lauer, & Bing-Shun, 2007).

A complexidade que passou a ser atribuída ao parto desde a sua institucionalização tem contribuído para o aumento do número de cesarianas e instrumentalização do parto. À gravidez e ao parto, eventos naturais que na maioria das vezes ocorrem sem complicações, passaram a estar associadas a imprevisibilidade e a falta de controlo sobre as pressões medico-legais. Assim, torna-se difícil perceber as reais causas da cesariana, nomeadamente aquelas que pretendem beneficiar ou proteger o médico ou a mulher.

A existência de medos e inseguranças por parte das mulheres parece ser também um motivo que leva à opção por cesariana, defendendo-se a procura de uma explicação adequada para esses medos, e aconselhamento psicológico, procedimento que tem sido demonstrado como vantajoso. Apesar disso, o medo do parto tem sido a razão apontada para a ocorrência de cesariana a pedido da mulher sem que haja indicação médica (Nerum, Halvorsen, Sørli, & Oian, 2006; Ramvi & Tangerud, 2011). Este medo pode resultar da personalidade da mulher, da personalidade do companheiro e das características da relação conjugal (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, & Halmesmäki, 2001).

Da investigação em curso, os dados preliminares permitiram compreender que as tomadas de decisão em obstetrícia são difíceis de interpretar atendendo ao seu carácter clínico e médico-legal. Maioritariamente, as mulheres, quando confrontadas com a tomada de decisão para o parto por cesariana por parte do obstetra, não identificam os riscos fisiológicos e psicológicos para si próprias, centrando-se sobretudo nos

benefícios imediatos e no bem-estar do bebê, da mesma forma que não são envolvidas na tomada de decisão.

Referências bibliográficas

- Acker, J.I.B.V., Annoni, F., Carreno, I., Hahn, G.V. & Medeiros, C.R.G. (2006). As parturientas e o cuidado com o nascimento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 647-651.
- Almeida, N.A.M, Soares, L.J., Sodré, R.L.R. & Medeiros, M. (2008). A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2008; 10(4):1114-23. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a24.htm>. Acedido em 06 /01/2014.
- Alto Comissariado da Saúde. (2008). Indicadores atuais do PNS. disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/10/mcm-curia-out2008.pdf> (acedido em 10 de abril de 2010).
- Basto, M. (1998). Da Intensão de Mudar   Mudança. Um Caso de Intervens o Num Grupo de Enfermeiros. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Beliz n, J.M, Althabe, F.T., Barros, F.C. & Alexander, S. (1999). Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Study. *BMJ* , 319, 1397-1400.
- Betrán, A.P, Merialdi, M., Lauer, J.A. & Bing-Shun, W. (2007). Rates of Caesarean Section: Analysis of Global, Regional and National Estimates. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 21:98-113.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1999). Investiga o Qualitativa em Educa o. Uma introdu o   teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, C.C.M., Souza, A.S.R. & Filho, O.B.M. (2010). Episiotomia selectiva: avanços baseados em evidências. Revisão sistemática. *Femina*, 38 (5), 265-270.
- Catling-Paul, C., Johnson, R., Ryan, C., Foureur, M.J. & Homer, C.S. (2011). Clinical interventions that increase the uptake and success of vaginal birth after a cesarean section: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing Aug*, 67(8), 1646-61.
- Fu, C-J., Xirasagar, S., Liu, J. & Probst, J.C. (2010). Cesarean and VBAC rates among immigrant vs. native-born women: a retrospective observational study from Taiwan cesarean delivery and VBAC among immigrant women in Taiwan. *BMC Public Health*,(10), 548 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/548>.

- D'orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC. (2006). Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. [acesso em 27 set 2012];22(10):2067-2078. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000012&lng=en&nrm=iso&tlng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000012>.
- Faundes, A. & Cacatti, J.G. (1991). A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de acção. *Cadernos de Saúde Pública*, (7),150-173.
- Fernandes, E.M. & Maia, A. (2001). Grounded theory. In Fernandes, Eugénia, M., Almeida, L.S. ed lit- Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas. Braga: Universidade do Minho. Centro de estudos em educação e psicologia. 49-76. ISBN 972-8098-98-7.
- Fuglenes, D., Øian, P., Guyrd-Hansen, D., Olsen, J. A. & I., S., Kristiansen, I.S. (2010). Norwegian obstetricians' opinions about cesarean section on maternal request: should women pay themselves? *Acta Obstetricia et Gynecologica*, (89), 1582–1588.
- Hamai, Y. & Imanishi, Y. (2012). Efforts to promote vaginal delivery after a previous cesarean section. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(1),113-117.
- Jibodu, O. & Arulkumaran, S. (2000). Caesarean section on request. *Journal of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 22, 684–689.
- Kassak,K.,M., Mohamad Ali, A. & Abdallah, A.M. (2009). Opting for a cesarean: what determines the decision? *Public Administration & Management*, 13 (3), 100-122.
- Law, L.W., Pang, M.W. & Chung, T. (2010). Randomised trial of assigned mode of delivery after a previous cesarean section- Impact on maternal psychological dynamics. *The Journal of Maternal. Fetal and Neonatal Medicine October*, 23(10), 1106-1113.
- Lin, H.C. & Xirasagar, S. (2005). Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: A 5-year population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192 (3), 848-55.
- McCourt, C., Weaver, J., Stathan, H., Beake, S., Gamble, J. & Creedy, D. (2007). Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature, *Birth* 34(1), 65-79.
- MacDorman, M.F., Menacker, F. & Declercq, E. (2008). Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. *Clin Perinatologie*, 35, 293–307.

- Moffat, M., Bell, J., Porter, M., Lawton, S., Hundley, V., Danielian, P. & Bhattacharya, S. (2007). Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *BJOG*, 114, 86–93.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference (2010). *Vaginal birth after cesarean, new insights*, Bethesda: Maryland, March 8-10. <http://consensus.nih.gov/2010/vbac.htmz>. Accessed July 29, 2011.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counselling? *Birth* 33, 221–228.
- Odent, M. (2003). *O camponês e a parteira*. São Paulo: Edições Ground.
- Oliveira, S.M.V. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 667-674.
- Ramvi, E. & Tangerud, M. (2011). Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing and Health Sciences*, 13, 269-274.
- Rezende, J. (2005). Obstetrícia: conceito, etimologia, propósitos, súmula histórica. In: *Obstetrícia*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1-27.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesma, E. & Saisto, T. (2012). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG*, 120:75–84.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*, 108, 492–498.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basic qualitative research. Techniques and procedures of developing grounded theory* (2ª ed). London: SAGE Publications.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2ª ed). Porto Alegre: Artemed.
- Streubert, S., Speziale, D.R. & Carpenter, D. (2003). *Qualitative Research in Nursing. Advancing in Humanistic Perspective*, 3ª ed. Philadelphia: Lippincott.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladah, M. & Josepsson (2011). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstetrica e Gynecologica Scandinavica*, 91, 44–49.

Ventura, S.J., Martin, J.A., Curtin, S.C., Mathews, T.J., Park, M.M. (2000). Births: final data for 1998. *National Vital Statistics Report*, 48,13–14.

Wagner, M. (2002). Cesárea: Escolher e Perder. <http://amigasdoparto.com.br>, homepage. Acedido em 15 de janeiro de 2011.



7. A relação terapêutica como *pacto de cuidados* (Perspectiva de Paul Ricoeur)

7. A relação terapêutica como *pacto de cuidados* (Perspectiva de Paul Ricoeur)

Margarida I. Almeida Amoedo - Departamento de Filosofia da Universidade de Évora

Nótula introdutória

A relevância de tratar o tema da *relação terapêutica como “pacto de cuidados”* parece justificada em Enfermagem, desde logo, se atendermos à constante definição desta, quer na Bibliografia, quer no discurso corrente, como arte e ciência do Cuidado. Por outro lado, verifica-se que, em muitos textos mais específicos sobre Ética em Enfermagem, Paul Ricoeur é citado e é referida, frequentemente sem qualquer desenvolvimento, a sua conceção acerca da tarefa ética de pretender ou visar *uma vida boa, com e para os outros, em instituições justas*¹, conceção que subjaz ao pensamento bioético do mesmo autor.

Por conseguinte, afigura-se-nos interessante refletir, partindo de Ricoeur, sobre alguns aspetos que podem fornecer alicerce à tematização dos problemas do *cuidar da Pessoa* em vários níveis da Enfermagem. Importa-nos, acima de tudo, que, na procura da racionalidade própria da vida humana, as questões éticas da decisão do agir não fiquem soterradas por normas ou preceitos deontológicos adotados acriticamente e mecanicamente. Julgamos, então, necessário um esforço reflexivo prático, pois sem reflexão orientada para a ação sairá malgrado o ideal de *cuidar*, que é, ao mesmo tempo, ideal de compreender, de respeitar e de servir responsabilmente o Outro, através do cultivo de *relações interpessoais* competentes, em termos científicos, técnicos e éticos.

Atendendo à dificuldade dos requisitos e à complexidade desse relacionamento – que é imediata ou mediatamente interpessoal e importante para todos, a todo o tempo e em todas as circunstâncias –, consideramos decisivo assumir a pessoa como sujeito

* Este escrito baseia-se no trabalho realizado, no dia 19 de Junho de 2013, no âmbito de um “workshop”, incluído no programa de Oficinas Temáticas da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus / Évora. Dado que foi a Prof.^a Doutora Fernanda Henriques quem, pela sua dedicação à filosofia de Paul Ricoeur, foi convidada a dinamizar a sessão e estabeleceu o esquema do desenvolvimento de que procuraremos dar conta, é devido agradecer-lhe aqui, uma vez mais.

¹ Cf., ex., Paul RICOEUR – «Éthique et Morale», *Revista Portuguesa de Filosofia*, Braga, Tomo XLVI - Fasc. 1 (1990), p. 6 e ss. (A conferência aqui citada foi proferida por Ricoeur num colóquio realizado em Paris, em 1989, dedicado ao sugestivo tema “L’Éthique dans le débat publique”, como também mencionaremos adiante, no corpo do texto.)

ético, ou seja, alguém cujas constituição e identidade dependem da qualidade humana das relações, ao ponto de podermos dizer que cada um ou cada uma de nós é (e não apenas *tem*) as relações que lhe mantêm a sua dignidade.

Para além disso, não bastando a vontade e o esforço individuais para que o relacionamento humano tenha valor de *pacto*, também as organizações da comunidade têm de exigir e de exigir-se a salvaguarda do compromisso com o cuidado, do reconhecimento do Outro como pessoa insubstituível, bem como da confiança, que é indispensável ao exercício profissional, não só da Enfermagem, mas designadamente dela, revestindo qualquer dos seus atos de carácter fiduciário. É certo que todos estes termos e noções têm presença abundante no discurso habitual sobre a vertente ética da Enfermagem; no entanto, procurando evitar que se reduzam a lugares-comuns, há que conhecer as raízes filosóficas de que brotaram e de que podem alimentar-se.

Paul Ricoeur é um dos possíveis pontos de apoio para discernir o significado ético das relações entre quem cuida e quem é cuidado, em situações concretas do viver, pelo que tomaremos a sua perspetiva, procurando alcançar a enorme potencialidade de sentido da sua categoria de “pacto de cuidados” (*pacte des soins*).

Diálogo e salvação de promessas

De um certo ponto de vista, é possível aquilatar o valor da filosofia de Ricoeur, vendo como ela acrescentou à tradição uma preocupação nova com a escuta, com a abertura ao mundo e com o diálogo, nomeadamente o diálogo com a história da Filosofia.

A originalidade do filósofo francês assoma nos eixos principais da sua meditação, em que a questão ética, pelo menos em termos explícitos na produção escrita do autor, tem presença relativamente tardia. A pergunta de que parte, a saber, “quem sou eu?” é já distintiva, porquanto inconfundível com a pergunta “o que sou?” A Ricoeur interessa, principalmente, entender o ser humano, entender, não *o que* somos, mas como *funcionamos*. Por isso, embora incluído entre os autores da linha das filosofias do sujeito, o que nele encontramos é, com propriedade, uma filosofia da ação.

Desde *Le volontaire et l'involontaire* (1950)¹ a *Soi-même comme un autre* (1990)² essa filosofia enriquece-se, permitindo-nos com ela percorrer um caminho em que da preocupação inicial com a decisão da ação passamos ao patamar público e institucional da ação. Contudo, desde 1950 que a concepção do ser humano, quer como ser com uma liberdade e uma vontade, quer como ser encarnado, demarcava já o pensamento de Ricoeur, tanto dos voluntarismos, como das filosofias da consciência. Com efeito, um ser que não é só interior, que é igualmente corpo, é marcado por opacidade, por fragilidade, por limitação. A filosofia da vontade sustentada em *Le volontaire et l'involontaire* não descarta a densidade do sujeito e, aproximando-se da Psicanálise, aceita que tudo o que sabemos assenta sobre o que não sabemos, que a elaboração do nosso conhecimento assenta sobre um fundo obscuro. Paul Ricoeur vai, então, dialogar com Freud e, irmanado pela denúncia de todas as manifestações da ingenuidade do “eu”, irá encontrar na linguagem e na sua compreensão como campo hermenêutico uma via para ultrapassar as ilusões da consciência imediata, quando incapaz de reconhecer a sua unilateralidade.³

O agir humano não deixa, porém, de ser ponto fulcral para Ricoeur e, se no início da sua abordagem filosófica predomina uma preocupação com a vertente subjetiva da ação, a partir de *Soi-même comme un autre* a vertente intersubjetiva e até coletiva da ação ganham o primeiro plano. Querer saber o que se passa em nós ao agir, enquanto seres livres e imputáveis, enquanto seres limitados e responsáveis, não dispensa uma perspectiva mais global da ação. O carácter corpóreo e relacional do ser humano traz, através da relação, tanto intersubjetiva, como coletiva, um enquadramento inevitavelmente público e institucional da ação.

A pergunta pelo porquê do agir conduz à afirmação da *capacidade de iniciativa* do sujeito, cuja ação pode fazer surgir o novo na história, embora a outra face da moeda seja a da responsabilidade que se divisa associada a uma existência que corre o risco de apenas repetir o que está já aí. Por outras palavras, o facto de o ser humano ter capacidade de iniciativa é inseparável da sua condição de responsável por fazer, ou por

¹ IDEM – *Le volontaire et l'involontaire*. Paris: Aubier-Montaigne, 1950.

² IDEM – *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil, 1990.

³ Cf. IDEM – *De l'interprétation. Essai sur Freud*. Paris: Éditions du Seuil, 1965.

não fazer, aparecer algo de novo, de *começar algo no mundo*¹. Para além do mais, à iniciativa de quem, procurando compreender-se, interroga “quem sou eu?” liga-se a memória e a descoberta de si como *narrativa*, isto é, como uma história que articula o passado e o presente, para que o futuro tenha algum sentido. A capacidade de iniciativa revela-se, assim, capacidade de lidar com o passado e com o futuro, uma capacidade patenteada em ações, que podem ser rígidas e repetitivas, ou criativas e, nessa medida, abertas. E, apesar da finitude humana, é possível chegar, por um saudável *trabalho da lembrança* que Ricoeur preconiza na senda de Freud, a uma articulação de sentido capaz de alterar o passado, transformando-o de campo de experiências pretéritas em horizonte de projetos realizadores de futuro. Na verdade, o filósofo considera que “é preciso pôr em questão um preconceito tenaz, a saber, a crença fortemente enraizada de que unicamente o futuro é indeterminado e aberto e o passado determinado e fechado.” Distinguindo *os factos passados* do *sentido do que nos aconteceu*, diz deste que, “quer tenhamos sido nós a fazê-lo, quer tenhamos sido nós a sofrê-lo, não está estabelecido de uma vez por todas. Não só os acontecimentos do passado permanecem abertos a novas interpretações, como também se dá uma reviravolta nos nossos projetos, em função das nossas lembranças, por um notável efeito de «acerto de contas» (...)”² Por isso Ricoeur se assume devedor do vocabulário de Reinhart Koselleck, em especial dos conceitos *meta-históricos* de *espaço de experiência* e *horizonte de espera*³, que lhe permitem dar profundidade filosófica à ideia de *futuro passado* do historiador alemão.

Decisivo, para percebermos a base da perspectiva ética do filósofo francês, é o campo aberto por um entendimento da memória capaz de libertar o passado, sobretudo do seu *peso de dívida*, da *carga moral*, através de uma *conversão do próprio sentido do passado*. Trata-se de uma *ação retroativa* que encontra, segundo Ricoeur, “um apoio crítico no esforço por contar de outra maneira e do ponto de vista do outro os acontecimentos fundadores da experiência pessoal ou comunitária”, pois, como o autor

¹ Cf. IDEM – «Éthique et Morale», *Revista Portuguesa de Filosofia*, op. cit., p. 6.

² IDEM – «O perdão pode curar?», in Fernanda HENRIQUES (org.) – *Paul Ricoeur e a Simbólica do Mal*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 37 e 38. (O texto citado é trad., por José Rosa, de uma conferência de Ricoeur, dada em Dezembro de 1994 e publicada sob o título “Le pardon peut-il guérir?”, *Esprit*, Paris, nº 210 (1995), pp. 77-82.)

³ Cf., ex., *ibid.*, p. 36.

acrescenta, o “que vale efetivamente para a memória pessoal vale também para a memória partilhada”.¹

Ainda que a reflexão ricoeuriana sobre as potencialidades da memória tenha muitos outros desenvolvimentos, nomeadamente na compreensão profunda dos mecanismos de superação dos comportamentos compulsivos marcados pelo recalçamento e pela repetição, o que importa destacar neste contexto é a ideia de que a ação pode ser geradora de sentido. É esta que faz jus à esperança, viável num ser humano, finito e vulnerável, mas, noutra perspetiva, capaz de tirar partido do conflito de interpretações e do diálogo consigo, com os outros e com a história, salvando as *promessas não realizadas pelo passado* e atendendo intencionalmente ao outro, num *presente vivo* em que é possível permutar num *horizonte de espera* as heranças sedimentadas no *espaço de experiência*.

Lugar da justiça na Moral e na Ética

Inseparável da compreensão dos aspetos básicos da filosofia da ação humana distintiva de Paul Ricoeur é a atenção aos quadros da justiça em que se desenvolve a sua perspetiva ética. A relevância da justiça entendida, não num sentido jurídico, mas num sentido mais englobante de virtude correlativa da igualdade, assoma na própria definição de *desígnio ético*, como desejo ou ânsia de *viver bem, com e para os outros, em instituições justas*, definição supra referida² e que o filósofo desenvolveu no «Septième étude - Le soi et la visée éthique» de *Soi-même comme un autre*³.

Essa definição compreende-se num contexto de clara demarcação de Paul Ricoeur do posicionamento, oriundo de Hume, que não vê transição possível entre *ser* e *dever-ser*, e para a qual *descrever* e *prescrever* são incompatíveis. Como o próprio Ricoeur diz, remetendo para os seus anteriores *estudos*, “colocando a teoria narrativa na charneira da teoria da ação e da teoria moral, nós fizemos da narração uma transição natural entre descrição e prescrição; foi assim que (...) a noção de identidade narrativa pôde

¹ *Ibid.*, p. 38.

² Cf. *supra*, nota 1.

³ Cf. IDEM – *Soi-même comme un autre*, op. cit., pp. 199-236.

servir de ideia diretora para uma extensão da esfera prática para além das ações simples descritas no quadro das teorias analíticas da ação”. Ora, o autor sustenta que “são as ações complexas as que são lembradas pelas ficções narrativas ricas em antecipações de carácter ético”. E retoma, de seguida, a ideia de *narrar* como “desfraldar um espaço imaginário para experiências de pensamento em que o juízo moral se exercita sob modo hipotético”.¹

O pensador francês não descarta, então, a possibilidade de distinguir, e não por razões etimológicas, entre o uso do termo *ética* e o uso do termo *moral*: reserva o primeiro para *o desígnio de uma vida realizada sob o signo das ações apreciadas como boas* e o segundo para *o plano das normas, das obrigações e interdições, em que se combinam uma exigência de universalidade e um efeito de coerção*. Trata-se da contraposição entre *vida boa* e *obediência às normas* em que se opõem a perspectiva aristotélica de uma ética teleológica e a perspectiva kantiana de uma ética deontológica.

Embora considere que é a intencionalidade ética que dá alento ao agir e, portanto, defenda o primado da Ética sobre a Moral, Ricoeur considera todavia necessário que *o desígnio ético passe pelo crivo da norma*. Nesse processo, os propósitos que animam os princípios éticos concretizam-se em regras. Contudo, quando o que é restritivamente prescrito conduz a conflitos inultrapassáveis, será necessário que a *sabedoria prática* reenvie ao que no plano ético permite salvaguardar a singularidade das situações. Nisto se traduz o intuito ricoeuriano de “dar à norma o seu lugar justo sem lhe deixar a última palavra”², o que supõe um reconhecimento de complementaridade entre o *desejo de felicidade* sublinhado por Aristóteles e a *universalidade* como fundamento da ação em Kant.

É sobre o pano de fundo da alusão às dimensões constituintes da intencionalidade ética que é viável entender o magno significado da justiça em Paul Ricoeur. O autor enuncia essas três dimensões como: a) estima de si; b) solicitude; e c) sentido de justiça. Em relação à primeira, recusa de imediato que seja confundida com reclusão na ipseidade, pois, como esclarece, “se a estima de si obtém efetivamente o seu primeiro significado do movimento reflexivo pelo qual a avaliação de certas ações apreciadas

¹ *Ibid.*, p. 200.

² *Ibid.*, p. 202.

como boas se reporta ao autor dessas ações, tal significado permanece abstrato enquanto lhe faltar a estrutura dialógica introduzida pela referência a outro”¹.

Em conferência proferida em 1989, no Colóquio “L’Éthique dans le débat publique”, Ricoeur esclarece, por outras palavras, que a *estima de si* é o momento reflexivo da praxis que *desdobra a dimensão dialógica implícita*, bem como a *solicitude*, cujo segredo está na reciprocidade de pessoas *insubstituíveis*. Se ao apreciarmos as nossas ações nos apreciamos a nós mesmos como *autores*, isso não impede que distingamos entre *si mesmo* e *eu*. Pelo contrário, já que só *por abstração* se pode falar de *estima de si* sem a par atender à *exigência de reciprocidade* que decorre de o outro ser alguém – um *tu* ou *quem quer que seja* – que também pode dizer *eu* e, como eu, assumir-se enquanto *agente, autor e responsável* pelos seus atos. Ainda que a reciprocidade não exclua uma certa desigualdade, esta pode ser contrabalançada, seja pelo reconhecimento (de superioridade, por exemplo), seja pela compaixão (perante a fragilidade do outro, por exemplo), em relações que, se não forem de amizade, serão de *solicitude*.²

Mas, para lá do plano das relações interpessoais em sentido estrito, interessa a Ricoeur o plano institucional. A noção de *outro*, uma vez que o outro é também quem não é *tu*, implica desde logo que *visar viver bem* abranja o *sentido da justiça*: o desígnio ético de *viver bem* estende-se, para além das relações eu-tu, à *vida das instituições* e a justiça apresenta, então, *traços éticos que não estão contidos na solicitude*.³

Dito de outro modo, dado que cada instituição é, em primeira instância, um *sistema de partilha, de repartição de rendas e de património, de responsabilidades e de poderes, de benefícios e de encargos*, antes mesmo de a justiça importar no âmbito moral ou das normas ela importa no plano de uma *Ética anterior* à qual interessa dilucidar o sentido distributivo de dar *a cada um a sua parte*, atendendo quer à definição aristotélica de *igualdade proporcional* segundo a *contribuição* ou o *mérito* de cada um, quer ao facto de esta conceção *manter as inevitáveis desigualdades da sociedade no quadro da ética*.⁴

¹ *Ibid.*.

² Cf. IDEM – «Éthique et Morale», *Revista Portuguesa de Filosofia*, op. cit., p. 7.

³ Cf. *ibid.*, p. 8.

⁴ Cf. *ibid.*, pp. 8-9. Por isso, Ricoeur admite que “um certo equívoco (...) afecta profundamente a ideia de justiça”, que acaba por remeter para um “infinito *endividamento mútuo*”, por um lado, e para um “mútuo desinteresse”, por outro. Cf. IDEM – *Soi-même comme un autre*, op. cit., p. 236.

É evidente em Paul Ricoeur que o sentido da justiça, por um lado, “não se esgota na construção dos sistemas jurídicos que ele suscita”¹, mas, por outro, coloca em termos éticos a necessidade de uma estruturação política. Por isso, em *Soi-même comme un autre*, o filósofo francês sublinha que mesmo nos Livros VIII e IX da *Ética a Nicómaco*, dedicados à *philia*, o Estagirita introduz com o seu tratamento da *amizade* a “transição entre o desígnio da «vida boa», que nós vimos refletir-se na estima de si, virtude solitária na aparência, e a justiça, virtude de uma pluralidade humana de carácter político”². No entanto, mesmo reconhecendo o *carácter contíguo da amizade e da justiça*, estas não se confundem, porque a primeira rege as relações interpessoais e a segunda, as instituições.³ E a correlação entre *justiça* e *igualdade* torna-se completamente clara, quando Ricoeur, após longo excuro sobre a doutrina aristotélica, sustenta que a “igualdade, como quer que seja modulada, é para a vida nas instituições o que a solicitude é para as relações interpessoais”, com a ressalva de que “o sentido da justiça nada tira à solicitude; ele supõe-na, na medida em que mantém as pessoas como insubstituíveis. Em compensação, a justiça acrescenta a solicitude, na medida em que o campo de aplicação da igualdade é a humanidade inteira.”⁴

Torna-se compreensível, assim, a exigência de uma racionalidade, cujos critérios tenham validade para todos os seres humanos, em todas as circunstâncias. Contudo, a exigência de uma regra formal em que a doutrina kantiana da moralidade pontificou transforma-se, em Ricoeur, na necessidade de que a primeira componente da intencionalidade ética (o *desejo de vida boa*) passe pela norma, convertendo-se em *razão prática*⁵. Aqui ressoa ainda o inultrapassável ensinamento kantiano acerca da importância da autonomia e da auto legislação da liberdade que se dá a si mesma, como lei, o imperativo categórico. Porém, o filósofo francês é especialmente sensível ao contributo de Kant quando reformula esse imperativo, apontando a necessidade de respeitar *a pessoa como um fim em si*, pois é esta ideia “que equilibra o formalismo do

¹ IDEM – «Éthique et Morale», *Revista Portuguesa de Filosofia*, op. cit., p. 8.

² IDEM – *Soi-même comme un autre*, op. cit., p. 213.

³ Cf. *ibid.*, p. 215.

⁴ *Ibid.*, p. 236.

⁵ Cf. IDEM – «Éthique et Morale», *Revista Portuguesa de Filosofia*, op. cit., p. 9.

primeiro imperativo”.¹ Erigir como regra que se trate a pessoa, não como um meio, mas como um fim em si é pressupor que a relação espontânea entre os seres humanos é marcada por uma *assimetria de base*, que se traduz no exercício desigual do poder, na violência, na exploração, em suma, nas múltiplas *figuras do mal*, que justificam que a Moral se exprima por *interdições*. Então, à solicitude, que faz em Ricoeur a ponte entre a estima de si e o sentido ético da justiça, corresponde, no plano da Moral e *perante a violência e a ameaça de violência*, o *respeito* e a *humanidade* considerada como a *forma concreta e histórica da autonomia*².

Reconhecer o valor da ideia de autonomia como *réplica, na ordem do dever, ao desígnio ético da vida boa*³ e até aceitar a inultrapassável forma negativa da interdição não significa, porém, fechar os olhos aos conflitos éticos que surgem do choque entre a unilateralidade do *critério transcendental de universalização* e a complexidade da vida. Por conseguinte, o pensamento ricoeuriano aponta “um certo retorno da norma moral ao desígnio ético (...) sugerido pelos *conflitos* que nascem da própria aplicação das normas a situações concretas”⁴ que é, afinal, a recondução da Moral a uma ética já *inscrita no juízo moral em situação*, segundo a definição antecipada pelo autor⁵.

Numa tal ética, o distintivo já não são as normas e o sentimento de obrigação, mas a *sabedoria prática*, que conta com uma espécie de sedimento das decisões anteriores e em que a *convicção*, que não é arbitrária e se baseia em *fontes do sentido ético mais originário*⁶, permite, apesar de todos os limites, deliberar e enfrentar os conflitos *suscitados pelo rigor do formalismo*⁷. Tendo presente a tragédia grega, Paul Ricoeur sustenta a *sabedoria prática* como um instrumento de combate ao crescimento do *trágico da*

¹ *Ibid.*, p. 10.

² Cf. *ibid.*, p. 11.

³ Cf. *ibid.*, p. 10.

⁴ *Ibid.*, p. 13.

⁵ Cf. *ibid.*, p. 9.

⁶ Cf. *ibid.*, p. 14.

⁷ Cf. IDEM – *Soi-même comme un autre*, op. cit., p. 280.

ação, ainda que este não possa ser por completo vencido.¹ Também aqui é preciso aceitar, no cruzamento entre a amplitude do desígnio ético mais profundo e a finitude histórica que nos marca enquanto seres humanos, que entre o que visamos e o que conseguimos há uma distância e que a nossa fragilidade afeta todas as nossas escolhas. Daí que na vida prática efetiva seja necessário contrastar as normas com a pluralidade de visões teóricas e de culturas diferentes, mobilizando, numa dimensão de *Ética posterior*, a sabedoria prática, que “consiste em inventar as condutas que satisfarão o mais possível a exceção pedida pela solicitude, traíndo o menos possível a regra”².

Na verdade, tanto no *momento reflexivo da praxis* ou do que a filosofia ricoeuriana chama *estima de si*, como na esfera ética da solicitude, como ainda no quadro das instituições em que é decisivo o sentido da justiça, há conflitos, que o diálogo pode tornar fecundos. São especialmente os conflitos dilemáticos de valores e de deveres que requerem a sabedoria prática, que se traduz na busca de um “equilíbrio refletido (...) entre *universalidade e historicidade*”³, na prudência – capaz de atender aos constrangimentos singulares de cada situação – e no debate público, que permite, no plano das instituições, a procura leal e plural de uma hierarquia de prioridades. Assim, defende Ricoeur, essa “sabedoria prática não é mais uma questão pessoal; é, se se pode dizer, uma *phronesis* de muitos”⁴, pela qual se poderá verificar que a equidade é superior à justiça arbitrária do carácter geral da lei ou regra quando incapaz de resolver, com sentido de justiça, os conflitos particulares.

Sintetizando, na circularidade entre *Ética e Moral* dá-se a descoberta hermenêutica de que a intencionalidade ética ou desígnio de *vida boa* só se cumpre na abertura de cada ser humano a quem quer que seja (conhecido ou desconhecido), não apenas através

¹ O próprio Ricoeur dirá retrospectivamente o seguinte: “Julgo ser muito explícito, no nono estudo de *Soi-même comme un autre*, quanto à articulação entre o saber trágico e o saber ético. Falei da instrução insólita da ética pelo trágico, a fim de sublinhar a estranha relação que vejo entre o conflito e a ética. Por um lado, o trágico está na *origem* da ética, por a poesia explorar no plano da ficção o jogo das relações fundamentais entre a vida, a morte, o bem e o mal; por outro lado, o trágico está no *termo* da reflexão moral, uma vez que o conflito de deveres reconduz a situações em que a sabedoria do juízo em situação se descobre sem apelo.” – “Entretien [de Paul Ricoeur a Jean-Cristophe Aeschlimann]”, in AAVV– *Éthique et Responsabilité: Paul Ricoeur*. Boudry-Neuchâtel: La Baconnière, 1994, p. 32.

² Paul RICOEUR – *Soi-même comme un autre*, op. cit., p. 312.

³ IDEM – «Éthique et Morale», *Revista Portuguesa de Filosofia*, op. cit., p. 15.

⁴ *Ibid.*, p. 17.

de atos que as normas podem pautar, mas graças ao contínuo exercício da sua capacidade dialógica, judicativa e deliberativa em instituições justas.

O pacto de cuidados – confiança e coresponsabilidade

Entende-se com facilidade que ao pensamento de Paul Ricoeur, dedicado aos problemas do agir em todas as suas dimensões, a relação terapêutica se ofereça como um campo de análise crítica irrecusável.

Com profundas implicações ontológicas e éticas, a relação entre médico e doente supõe uma grande complexidade, pelas dificuldades de várias ordens que acarreta e pelos diferentes tipos de intervenção que abarca. No intento de averiguar racionalmente essa complexidade, o filósofo francês trata expressamente os níveis de juízo que a relação terapêutica envolve.

Sob o título “Les trois niveaux du jugement médical”¹ em que logo se indicia o desenvolvimento triádico da abordagem, Ricoeur interroga a estrutura relacional do ato médico. A raiz deste é, à partida, a experiência humana do sofrimento a que se associa o desejo de *ser ajudado e talvez curado*. É uma vivência específica, portanto, aquela em que o ser humano está mais vulnerável, o que motiva um *encontro singular*, cujo *núcleo ético* é, diz o filósofo desde o início, um *pacto de cuidados baseado na confiança*.²

A expressão *pacto de cuidados* remete imediatamente para a ideia de *acordo*, por um lado, e de *dedicação* e *encargo*, por outro. Que *acordo* buscam o doente e o médico e como o buscam na sua relação particular? Trata-se de uma relação marcada por dissimetria: o doente é uma determinada pessoa, que “*traz à linguagem*” o seu sofrimento, queixando-se e, ao mesmo tempo, apelando a uma intervenção especializada de

¹ IDEM – “Les trois niveaux du jugement médical”, *Esprit*, Paris, n° 12 (1996), pp. 21-33. Está disponível online, em www.lusosofia.net, uma tradução – “Os três níveis do juízo médico” – de José M. Silva Rosa (Covilhã: LusoSofia Press, 2010). Contudo, citaremos doravante, a trad. de Fernanda BRANCO e Fernanda HENRIQUES: “Os três níveis do juízo médico”, *Phainomenon. Revista de Fenomenologia*, Lisboa, n° 15 (2009), pp. 183-194.

² Cf. *ibid.*, p. 184. Quase a terminar o artigo, Ricoeur voltará a identificar o *acto médico de base* com o *pacto de cuidados e a confidencialidade que ele implica*, usando quase as mesmas palavras, num momento em que se lhe impõe justificar a necessidade de partir do nível da sabedoria prática (a que chama também *nível sapiencial*) da ética, em virtude da motivação do pacto de cuidados, a saber, o sofrimento e a sua singularidade. – Cf. *ibid.*, p. 192.

alguém com quem se compromete¹; este, por seu turno, é a pessoa que tem de *fazer a outra metade do caminho*², procurando aliar-se ao doente para combater *o inimigo comum, a doença*. O pacto ou acordo que estabelecem é, por conseguinte, uma *aliança*, que, segundo Ricoeur, “deve o seu carácter moral à promessa tácita, partilhada pelos dois protagonistas, de cumprir fielmente os seus compromissos respetivos”³. A relação terapêutica, não obstante a desigualdade de condições em que radica, é, por outras palavras, um *pacto de confiança*. Ela supõe um acordo baseado na *confiança*, ainda que paradoxalmente seja o risco de esta se romper o que dá força de *acordo* à relação, que requer negociação, diálogo, capacidade de conter conflitos dentro de certas balizas. O nosso autor faz questão de sublinhar a *fragilidade deste pacto*: “A confiança é ameaçada, do lado do paciente, por uma mistura impura entre a desconfiança relativamente a um potencial abuso de poder por parte de qualquer membro do corpo médico e pela suspeita de que o médico, por hipótese, não corresponda à expectativa desmedida posta na sua intervenção”⁴. E note-se, que qualquer doente põe na sua queixa um pedido, explícito ou implícito, de cura e, talvez, não apenas de saúde, mas mesmo de imortalidade⁵. Como tal, pede demasiado, o que, por seu turno, faz com que desconfie *do excesso de poder daquele em quem deposita uma confiança excessiva*. Quanto ao médico, o seu compromisso é ameaçado, em primeira instância, pelo risco de negligência e de indiferença. Confiança e desconfiança, dependência e poder, vulnerabilidade e cura mesclam-se, então, e subsistem na relação terapêutica

¹ O sofrimento de um doente é por este *pronunciado* “como queixa que comporta uma componente descritiva (tal sintoma...) e uma componente narrativa (um indivíduo enredado nesta e naquela história); por seu lado a queixa concretiza-se em pedido: *pedido de...* (de cura e, quem sabe, de saúde e, por que não, em pano de fundo, de imortalidade) e *pedido a...* dirigido como um apelo a um determinado médico. Neste pedido insere-se a *promessa* de observar, logo que seja admitido, o protocolo de tratamento proposto.” – *Ibid.*, pp. 184-185. (O sublinhado é nosso.)

² Trata-se da “metade do caminho da «igualização das condições» (...), passando pelos estádios sucessivos da *admissão* na sua clientela, da formulação do *diagnóstico*, finalmente o pronunciar da *prescrição*. São estas as fases canónicas do estabelecimento do pacto de cuidados (...). A fiabilidade do acordo deverá ainda ser posta à prova, por uma e outra das partes, pelo compromisso do médico em «seguir» o seu paciente e o do paciente em se «conduzir» como o agente do seu próprio tratamento.” – *Ibid.*, p. 185. (O sublinhado é nosso.)

³ *Ibid.*.

⁴ *Ibid.*.

⁵ Cf. *supra*, a citação da p. 121, nota 1.

como *pacto de cuidados*, afetando igualmente o *acordo* requerido e o *encargo* sobre o qual incide.

Portanto, também não se podem afigurar estranhas, nem a complexidade, nem a delicadeza do *cuidar* e dos *cuidados*¹. As grandes exigências associadas ao *ser cuidadoso* e *ser cuidador* – para usarmos duas expressões correntes – decorrem evidentemente do carácter precioso das pessoas em relação e da sua coresponsabilidade nesta, o que é, por si só, complexo e delicado. No entanto, Ricoeur, cujo pensamento nos ajuda a perceber que o *quem* que somos é um ser situado e, por isso, as relações que estabelecemos e a nossa liberdade de pensar ou de agir também são situadas, dá-nos ainda, através da sua reflexão sobre o *pacto de cuidados*, condições para apreender a necessidade de fundamentar os *cuidados* prestados ou a prestar num *saber prudencial* com a sua correspondente capacidade judicativa.

O nível de uma ética sapiencial ou prudencial

Como sintetizámos anteriormente, é a um nível de *sabedoria prática* que, segundo o filósofo francês, alguém pode exercer o *juízo moral em situação*. E o pacto de cuidados, na primeira vertente em que é analisado, remete de imediato para a necessidade daquela sabedoria e prudência, levando, como o próprio Ricoeur alerta, a um desenvolvimento na ordenação inversa da apresentada, por exemplo, em *Soi-même comme un autre*, em que a um momento *reflexivo* (aquele em que discernimos o nosso desígnio básico de uma *vida boa*) se sucede um *deontológico* (em que esse desígnio passa pelo crivo das normas), seguido de um momento *prudencial* (em que a moral, confrontada com situações dilemáticas que as normas, em vez de resolverem, geram, reenvia à motivação ética originária que balizará ações justas).² Agora, é deste nível de sabedoria prática que se lhe impõe partir¹.

¹ Estamos aqui e agora a pensar no *cuidar* e nos *cuidados* no campo genericamente designado da Saúde, mas o mesmo se poderia assinalar a respeito de todos os contextos principais da vida humana (e dos quais destacamos o da Educação) em que é decisivo o cultivo de um *ethos* do cuidar.

² “Acontece que, sem o ter procurado deliberadamente, reencontro a estrutura fundamental do juízo moral que exponho na «pequena ética» de *Soi-même comme un Autre*. Este reencontro não é fortuito, na medida em que a ética médica se inscreve na ética geral do viver bem e do viver em comum. Mas é numa ordem inversa que percorro aqui os três níveis teleológico, deontológico e sapiencial da ética. Esta alteração da ordem também não é fortuita. O que especifica a ética médica no campo de uma ética geral é a circunstância inicial que suscita a estruturação própria à ética médica, a saber, o sofrimento humano. É o sofrimento

O pacto de cuidados, apesar do seu *carácter íntimo*² e de ser um *pacto de confidencialidade*³, “não está desprovido de recursos de generalização”, não pode ser entregue “aos acasos da benevolência” e “engendra, precisamente graças ao ensinamento e ao exercício, aquilo que podemos chamar preceitos”, consoante afirma Ricoeur para vincar que se está já a referir a um nível de juízo.⁴

Com efeito, toda a atividade judicativa tem os seus requisitos de capacidade de apreciar cada situação e de discernir os seus múltiplos aspetos, articulando-os entre si. No caso do juízo na relação terapêutica, o *preceito* inicial impõe “o reconhecimento do carácter singular da situação de cuidados a começar pelo do próprio paciente”⁵. Reconhecer a singularidade de cada pessoa e que, por conseguinte, é insubstituível traz consigo a consciência da *diversidade das pessoas humanas* e de que quem se sujeita a um determinado tratamento é sempre *um exemplar único do género humano*⁶.

Para além desse primeiro *preceito* do exercício do juízo distintivo da sabedoria prática no ato médico, Ricoeur menciona seguidamente a *indivisibilidade da pessoa*. Da sua aplicação resulta que, nem a variedade de doenças, nem a multiplicidade de especialidades e competências, nem as diferentes abordagens (por exemplo: biológica, psicológica, social) de um doente podem fazer esquecer que este é uma pessoa *integral*.⁷

E o filósofo enuncia ainda, como terceiro *preceito*, a *estima de si mesmo*. Reencontramos esta categoria cara ao pensamento ricoeuriano e que, no contexto em apreço, designa “o fundo ético daquilo a que chamamos, correntemente, dignidade”⁸. A sua

mento e o desejo de nos livrarmos dele que motivam o acto médico de base (...)” – Paul RICOEUR – “Os três níveis do juízo médico”, *Phainomenon. Revista de Fenomenologia*, op. cit., p. 192.

¹ Cf. *ibid.*, pp. 183-184 e pp. 192-193.

² Cf. *ibid.*, p. 185.

³ Cf. *ibid.*, p. 184.

⁴ Cf. *ibid.*, p. 185.

⁵ *Ibid.*, p. 186. Logo de seguida, na mesma página, o autor assume que a *singularidade* a que se refere “implica o carácter de não substituição de uma pessoa por outra, o que exclui, entre outras coisas, a reprodução por clonagem de um mesmo indivíduo”.

⁶ Cf. *ibid.*.

⁷ Cf. *ibid.*.

⁸ *Ibid.*, p. 187.

relevância justifica um certo desenvolvimento, no começo do qual se realça a importância de “equilibrar o carácter unilateral do respeito (...) pelo reconhecimento do seu valor próprio pelo próprio sujeito”, tanto mais que “a situação de cuidados, em particular nas condições de hospitalização, encoraja demasiado a regressão, pelo lado do doente, a comportamentos de dependência e, pelo lado do pessoal que cuida, a comportamentos ofensivos e humilhantes para a dignidade do doente”.¹ Quantas pessoas não sentem como humilhação o abuso de diminutivos ou até, desde logo, o modo de ser interpelado pelos profissionais da Saúde? Ora, se o pacto de cuidados parte de uma fragilidade, que torna assimétricas as posições do doente e do médico, e procura, enquanto acordo de *coresponsabilidade dos dois parceiros do pacto*, mitigar a vulnerabilidade inicial, tudo o que acarrete *regressão a uma situação de dependência* atraiçoa o propósito de afastamento da situação de desigualdade que desencadeia o pacto de cuidados e lhe confere valor ético. “É essencialmente o sentimento de estima pessoal que está ameaçado pela situação de dependência que prevalece no hospital”, afirma Ricoeur, especificando: “A dignidade do paciente não está apenas ameaçada ao nível da linguagem, mas também por todas as concessões à familiaridade, à trivialidade, à vulgaridade nas relações quotidianas entre membros do pessoal médico e as pessoas hospitalizadas.”² E o autor sublinha, antes mesmo da exigência de *respeito* (de nível deontológico), a importância da *estima de si mesmo* (de nível prudencial) na luta contra esses *comportamentos ofensivos*, por um retorno à *associação do doente ao processo do seu tratamento*, mediante a aprovação própria do *seu direito de existir* e da expressão da *necessidade de saber aprovado pelos outros esse seu direito à existência*.³ Em suma, a *singularidade*, a *indivisibilidade* e a *estima de si* estão no cerne dos *preceitos* do primeiro nível do juízo médico e, dado que Ricoeur assume, em seguida, avançar no quadro duma *bioética orientada para a clínica e para a terapia*⁴, pode concluir-se que são os primeiros preceitos da bioética.

¹ *Ibid.*, p. 186.

² *Ibid.*.

³ Cf. *ibid.*.

⁴ Cf. *ibid.*, p. 187.

O nível deontológico ou normativo – sigilo e verdade no âmbito do contrato

O que se encontrou no nível prudencial da ética médica não dispensa a passagem para um nível deontológico, em que o que é da ordem das virtudes pode objetivar-se em normas. Aliás, a *primeira função* do juízo neste outro nível é, precisamente, *universalizar os preceitos*, o que corresponde na linguagem kantiana a pôr à prova de universalização os princípios subjetivos de ação (ou *máximas*) e verificar se é viável objetivá-los em *imperativos*. No campo dos atos médicos, o juízo deontológico também visa a universalização dos preceitos em normas. Porque estas abrangem qualquer doente e qualquer médico, a obrigação ganha amplitude pública¹ e o que antes permitia falar no *pacto de cuidados* como um *pacto de confiança* justifica que neste nível de juízo se fale em *contrato* e em *sigilo médico* ou *segredo profissional*².

Uma vez que o juízo tem igualmente uma *função de conexão*, cada norma articula-se com as demais de um *código deontológico*, cujas regras, por um lado, *constituem o corpo médico enquanto corpo social e profissional*, e, por outro lado, reconhecem aos doentes o *direito a serem informados sobre o seu estado de saúde*. O carácter do *contrato médico* é, obviamente, muito especial, seja em virtude de incidir sobre pessoas (e não sobre mercadorias ou bens comerciais), seja por procurar defendê-las. Assim, “em termos deontológicos, a interdição de romper o segredo profissional não pode «opor-se» ao paciente”, pelo que o direito a ser informado vem *equilibrar* o dever médico do sigilo. A *questão da ‘verdade partilhada’* – como se lhe refere Ricoeur –, com as restrições que decorrem de ter em conta as condições do doente, permite entender a relação paradoxal entre *segredo* e *verdade*, bem como o alcance do *código deontológico* que permite articulá-los num plano de obrigação e de legalidade, em que à *confiança recíproca* do plano prudencial corresponde agora a *unidade do contrato*.³

¹ Em virtude do *nível de generalidade dos deveres*, qualquer pessoa doente fica a coberto da norma e qualquer médico contrai a obrigação de socorrer, “não apenas os seus pacientes, mas todas as pessoas doentes ou feridas, encontradas em situação de perigo”. – *Ibid.*

² São decisivas as implicações deste dever de *sigilo médico*, que Ricoeur sintetiza, dizendo que “o segredo profissional pode «opor-se» a qualquer confrade que não participe no tratamento, às autoridades judiciais que esperariam ou seriam tentadas a requerer um testemunho da parte de membros do pessoal médico, aos empregadores curiosos por informações médicas relativas a eventuais assalariados, aos inquiridores de institutos de sondagem interessados em informações nominativas, aos funcionários da segurança social, não habilitados por lei a aceder aos dossiers médicos”. – *Ibid.*

³ Cf. *ibid.*, p. 188.

A terceira função do juízo deontológico é a de arbitrar conflitos ou, mais explicitamente, como indica de imediato o autor, “uma multiplicidade de conflitos que surgem acerca das fronteiras de uma prática médica de orientação «humanista»”¹. Trata-se de uma função com uma dificuldade talvez agravada pelo facto de a *letra dos códigos* parecer dissimular esses conflitos, que, segundo Ricoeur, surgem, quer na *frente da fronteira comum* entre a *ética médica orientada para a clínica* e a *ética médica orientada para a investigação*², quer na *frente da linha incerta de partilha* entre a *preocupação com o bem-estar do paciente* e a *preocupação com a saúde como fenómeno social ou saúde pública*³.

A respeito da *primeira frente* onde surgem conflitos que o juízo deontológico tem de procurar arbitrar, o pensador francês, mesmo sem entrar no campo das questões da ética da investigação, chama a atenção para a dependência que há entre os progressos das ciências biológicas e médicas, e os progressos da medicina. Não admira, porquanto “o corpo humano é, simultaneamente, carne dum ser pessoal e objeto de investigação observável na natureza”⁴, havendo que acautelar a *participação consciente e voluntária dos doentes*, mediante a regulamentação do recurso a *técnicas objetivantes* aquando da experimentação com o corpo humano. A mera existência da *regra do “consentimento informado”*, que estipula que o doente seja (por se lhe reconhecer o direito a ser) informado e considerado parceiro voluntário da experimentação, não evita conflitos e, por vezes, as *soluções de compromisso* são um tanto *enviesadas*, quer pelos médicos que confundem os doentes com adversários e procuram precaver-se contra ações judiciais por abuso de poder, quer por doentes que confundem o *dever de cuidados* com o *dever de cura*. O juízo deontológico na sua função arbitral tem de antecipar tais situações perversas, em que se substitui, nas palavras de Ricoeur, “o pacto de confidencialidade, coração vivo da ética prudencial, por um pacto de desconfiança (*mistrust vs. trust*)”⁵, e tem de participar, não obstante

¹ *Ibid.*, p. 189.

² Cf. *ibid.*.

³ Cf. *ibid.*, p. 190.

⁴ *Ibid.*, p. 189.

⁵ *Ibid.*, p. 190.

a profundidade das questões e até da casuística, na jurisprudência dos procedimentos da investigação biomédica.

Outro tipo de conflitos resulta de querer salvaguardar a pessoa e a sua dignidade, assegurando, por um lado, bem-estar individual aos doentes e, por outro lado, legislando em termos de saúde pública. A concretização dos deveres médicos precisa, inevitavelmente, de contar com o conflito entre os interesses privados e os interesses públicos e, por isso, o filósofo francês sustenta, com clareza, que, dado o perigo de que a prática do sigilo médico, o direito ao conhecimento da verdade e o consentimento informado sejam afetados por esse conflito, “a lei deve intervir” e “a bioética deve tornar-se ética legal”.¹

A posição de Ricoeur revela propósito firme de não iludir a realidade, de a enfrentar e chega a sugerir que *o contrato médico* se reescreva “em termos de uma série de paradoxos”. Vale a pena ter presente o seu texto, pois, embora seja uma citação algo longa, ela sumaria aspetos anteriormente aludidos: “Primeiro paradoxo: a pessoa humana não é uma coisa, e no entanto o seu corpo é uma parte da natureza física observável. Segundo paradoxo: a pessoa não é uma mercadoria, nem a medicina um comércio, mas a medicina tem um preço e tem custos para a sociedade. Último paradoxo, que recobre os dois precedentes: o sofrimento é privado, mas a saúde é pública.”²

Tendo ainda em consideração o enorme crescimento de custos com a investigação e com tratamentos cada vez mais sofisticados, para além do aumento da longevidade humana e do choque entre *a reivindicação de uma liberdade individual ilimitada* e *a preservação da igualdade na distribuição pública de cuidados sob o signo da regra da solidariedade*³, torna-se evidente a relevância do juízo deontológico, com as suas várias funções e a sua tradução em normas codificadas, que procurem preservar e potenciar o carácter de aliança num pacto de cuidados com força de contrato.

¹ Cf. *ibid.*.

² *Ibid.*, p. 191.

³ Cf. *ibid.*.

O nível reflexivo ou teleológico – legitimação da deontologia como encargo ético

Não menos importante, porém, é o terceiro nível do juízo médico que a bioética trata, como Ricoeur anunciava no início deste seu excuro que temos estado a acompanhar. Logo ali, o autor qualifica como *juízos de tipo reflexivo* os que servem à “legitimação dos juízos prudenciais e deontológicos de primeira e de segunda ordem”¹. Vejamos agora, numa perspectiva que encaminha para o balanço final, o que os distingue.

Em primeiro lugar, exercitar o juízo sobre as próprias normas permite-nos discernir o *não-dito dos códigos*. Sob este título, aliás, o autor refere-se a como a todo o juízo moral (por exemplo, a respeito do conflito anteriormente mencionado entre o interesse de uma pessoa e o interesse da sociedade) estão subjacentes posições filosóficas e, em particular, tradições éticas (como, no caso das práticas médicas, a tradição hipocrática, a aristotélica, a cristã, a iluminista, a racionalista, a materialista, a utilitarista), cuja influência, apesar da sua opacidade enquanto pressupostos, não podemos ignorar.²

Por outro lado, o juízo médico num nível reflexivo não pode descurar, aprofundando mais ainda a busca de *compromissos entre normas* que é própria da deontologia, a tarefa de concorrer para uma antropologia filosófica à altura do *pluralismo das convicções nas sociedades democráticas*. Com esta finalidade, é necessário erigir, indo mais longe que os códigos deontológicos, um *espírito de compromisso* que conta com os ensinamentos de John Rawls sobre o papel do “consenso por comparação” e dos “desacordos razoáveis”³. Pode parecer que esta incumbência é já longínqua das preocupações trazidas pela relação terapêutica; no entanto, Ricoeur ajuda-nos a ver a amplitude da questão, ao lembrar que, afinal, o “que está em jogo, em última análise, é a própria noção de saúde, seja ela privada ou pública”, e que tal noção é inseparável do que pensamos acerca das “relações entre a vida e a morte, o nascimento e o sofrimento, a sexualidade e a identidade, o si-mesmo e o outro”⁴.

¹ *Ibid.*, p. 183.

² Cf. *ibid.*, pp. 191-192.

³ Cf. *ibid.*, p. 192 e p. 194.

⁴ *Ibid.*, p. 192.

Em suma, a análise da relação terapêutica como pacto de cuidados põe à vista que o *movimento reflexivo conduz de novo a ética ao seu nível teleológico*¹, fechando-se, ainda que na ordenação inversa já mencionada², o círculo para que remete a tese ricoeuriana sobre o primado da Ética sobre a Moral.

Para a filosofia de Paul Ricoeur, enfim, o problema da legitimação das normas, dos códigos, da deontologia, mostra-se tão decisivo em termos éticos, quanto a abordagem do agir humano como marca ontológica de um ser radicado, que tem de escolher a todo o tempo e, por conseguinte, tem a todo o tempo de se confrontar com a finitude da sua existência e com a imperfeição dos seus meios.

Considerações finais

Há que reconhecer que nas situações de doença se evidenciam, quer a vulnerabilidade humana, quer a Saúde enquanto campo específico da reflexão ética no qual é possível encontrar os elos principais do que Ricoeur formula como *desígnio ético*: “Se o desejo de saúde é a figura em que se apresenta o desejo de viver bem sob a coação do sofrimento, o pacto de cuidados e a confidencialidade que requer implicam uma relação com os outros, sob a figura do médico que trata e no interior de uma instituição de base, a profissão médica.”³

É óbvio que a compreensão dos diferentes aspetos da *fragilidade* que afetam quaisquer relações de cuidado interessa igualmente aos restantes grupos de profissionais da Saúde, atendendo, acima de tudo, às pessoas que têm o encargo de servir e às instituições no seio das quais têm o dever de o fazer.

E não basta repetir à saciedade a importância do *cuidado* e do *cuidar*. Essa importância apenas se revela, se assumirmos o amor e a dedicação que englobam, apreendendo-os como condições da nossa humanização e da humanização do mundo.

Nessa medida, portanto, a todos interessam as grandes questões éticas, mormente as que se colocam no *plano reflexivo do juízo moral* e que Ricoeur enunciou, mostrando-se

¹ Cf. *ibid.*, p. 193.

² Cf. *supra*, o texto da p. 123, nota 1.

³ *Ibid.*, p. 193.

herdeiro original de uma longa tradição: “Que laço estabelecemos entre a procura de saúde e o desejo de viver bem? Como é que integramos o sofrimento e a aceitação da mortalidade na ideia que fazemos da felicidade? Como é que uma sociedade integra na sua conceção de bem comum os estratos heterogêneos depositados na cultura presente pela história da solicitude?”¹

¹ *Ibid.*



8. Cuidadores informais:
Quem quer ou quem pode?

8. Cuidadores informais: Quem quer ou quem pode?

Isaura Serra - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Maria Laurência Gemitó – Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e, por vezes, na inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral desafios para os quais não estavam preparados. A Organização das Nações Unidas (2007) estima que o mundo terá mais de dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos em 2050 e 80% delas estarão nos países em desenvolvimento. Dos dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos esperados até a metade do século, cerca de 400 milhões terão mais de 80 anos.

Independentemente das diferenças económicas, sociais e culturais, os países europeus caminham para um modelo único de envelhecimento, com percentagens de pessoas com mais de 65 anos superiores a 30%, percentagem de jovens de cerca de 15% e índices de envelhecimento entre os 200 e os 300 (Nazareth, 2009). De facto, apesar de o envelhecimento populacional ser uma realidade inquestionável, a sociedade não se conseguiu adaptar às alterações e oportunidades decorrentes dos ganhos na esperança média de vida (Vilar, 2009).

Este envelhecimento crescente da população e as alterações que ocorreram nas últimas décadas, ao nível da estrutura social e familiar, criaram novas necessidades, tanto mais evidentes porquanto são algumas vezes acompanhadas de situações de fragilidade, incapacidade e dependência, inerentes ao aumento da longevidade, culminando numa maior prevalência das doenças crónicas e consequentemente na necessidade de ajuda parcial ou total no desempenho das Atividades da Vida Diária.

Por outro lado, a crise dos sistemas de saúde e proteção social das últimas décadas, consequência do acentuado envelhecimento demográfico, responsabiliza as famílias pelos cuidados aos mais velhos, descobrindo então o Estado o papel crucial da família (Lage, 2005). O cuidado informal passa a ser visto como um processo social fundamental na formação do sistema económico, político e social.

A situação das pessoas dependentes e dos seus cuidadores é uma questão que, até há cerca de duas décadas atrás permaneceu pouco explorada pelas ciências médicas e sociais sendo-lhe atualmente sido reconhecida uma relevância social inquestionável, essencialmente devido à dinâmica e às mudanças na população, na estrutura e dinâmica familiar na sociedade atual e às competências sociais assumidas, ou não, pelo Estado, cujos governos se referem impossibilitados de financeiramente responderem às necessidades da população.

Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. Contudo, o processo de envelhecimento não pode ser definido apenas por critérios cronológicos, mas sim segundo uma abordagem holística que tenha em conta a análise do conjunto das condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo. Conquanto a maioria das pessoas idosas não seja nem doente, nem dependente, é inevitável que as transformações bio-psico-sociais pelas quais as mesmas passam contribuam para o aparecimento de alguns défices funcionais e ao aumento da predisposição à doença.

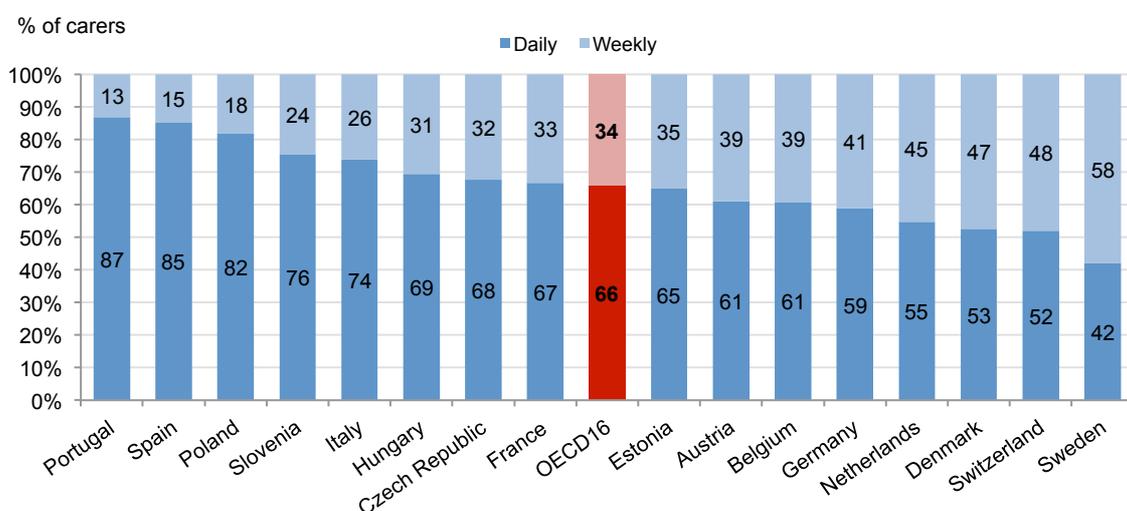
Assim, ao aumento do número de pessoas em situação de dependência corresponde uma necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência que são prestados pelas redes sociais de apoio formal e informal.

Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade prestadora de cuidados informais aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia está comprometida. Apesar das mudanças estruturais na família evidenciadas nos últimos anos em Portugal, esta continua a ser a principal fonte de apoio nos cuidados diretos, no apoio psicológico e nos contactos sociais à pessoa em situação de dependência, independentemente da idade do que é cuidado e do cuidador.

Os cuidadores familiares são definidos, no Relatório de Saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2013) como pessoas que prestam ajuda diária ou semanalmente a familiares, amigos ou pessoas da sua rede social vivendo na sua casa ou não e que necessitam de ajuda para as Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Ainda de acordo com o mesmo relatório, em média, nos países da OCDE, mais de 15% das pessoas com 50 anos e mais, prestou cuidados a um parente ou amigo dependente em 2010 e a maioria dos cuidadores informais são mulheres (em média mais de 60%). Em média, nos países da OCDE, 66% dos cuidadores informais tem uma base diária de prestação de cuidados, enquanto os 34% restantes providenciam cuidados apenas numa base semanal. No entanto, existe uma ampla variação entre os países, na intensidade do cuidado (gráfico 1). Em alguns países do sul da Europa (Portugal, Espanha e Itália), bem como a Polónia e a Eslovénia, onde há uma forte cultura de membros da família que prestam cuidados, três quartos ou mais dos cuidadores informais apresentam uma prestação diária de cuidados. Em contraste, nos países como a Suécia, a Suíça e a Dinamarca, onde existe uma maior oferta dos cuidados de longo prazo (*long-term care*) fornecida por trabalhadores assalariados, a proporção de familiares que prestam cuidados diariamente é muito mais baixa.

Gráfico 1 - Frequência dos cuidados prestados por cuidadores informais em 2010 (ou ano mais próximo)



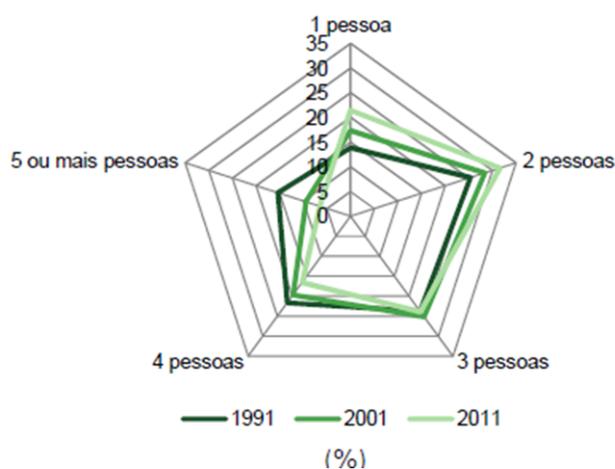
Fonte: Health at a Glance 2013 - OECD INDICATORS

Tradicionalmente coube sempre à família o papel de cuidar dos seus membros idosos e/ou dependentes. O cuidado à pessoa em situação de dependência era essencialmente assegurado pelos filhos adultos, numa dinâmica intergeracional. Histórica e demograficamente, a família tem sofrido alterações profundas na sua estrutura e organização, em consequência de fenómenos como a mudança de uma sociedade rural para

uma sociedade mais industrial, acompanhada pela saída em massa para as grandes cidades e a entrada das mulheres no mercado de trabalho. Analisando a evolução da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas, nas últimas décadas, observa-se o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais. Muitos países ocidentais têm experimentado grandes mudanças nos modos de vida observados nas últimas décadas. O tradicional papel da família tem enfraquecido, membros de um mesmo casal muitas vezes a viverem separados e pessoas a coabitar, não necessariamente casadas, em que os descendentes nem sempre são simultaneamente filhos do mesmo casal, pelo que o entendimento sobre família não pode ser conseguido estudando apenas o estado civil, a nupcialidade e a descendência. (INE, 2003).

Em Portugal, de acordo com os Censos 2011, observa-se uma progressiva redução de membros nos agregados familiares, contribuindo para uma nuclearização da família. As famílias de maior dimensão têm vindo a perder expressão ao longo das últimas décadas. Em 2011 as famílias com 5 ou mais pessoas representavam 6,5% enquanto que em 2001 esse valor era de 9,5% e em 1991 de 15,4%. Em sentido oposto, aumentou a proporção das famílias de menor dimensão, com 1 pessoa e 2 pessoas, cuja representação em 2011 era de 31,6% e 21,4%, respetivamente.

Gráfico 2 – Famílias clássicas segundo a dimensão em Portugal



Fonte: INE, Censos 2011

A evolução das estruturas familiares e as mudanças a ela associadas, poderão reduzir ou alterar significativamente o papel da família na provisão de cuidados aos idosos

com perda de autonomia. No entanto, nos casos em que estas pessoas permanecem no domicílio, continua a ser a família a assumir o papel primordial como base de apoio e suporte da pessoa com dependência. Apesar da maioria dos idosos não ser dependente, essa probabilidade aumenta com a idade com o aparecimento de inúmeras patologias degenerativas de evolução prolongada, as quais originam, por vezes, dependência física, mental ou social. A dependência da pessoa idosa exige dos cuidadores informais, familiares ou não, uma resposta eficaz e eficiente de forma a garantir a satisfação das suas necessidades.

Muitas famílias continuam no firme propósito de prestar cuidados e apoiar os seus familiares idosos, eventualmente poderá verificar-se uma adaptação às atuais estruturas familiares, mais fluídas e uma continuação do estreitamento dos laços familiares, pondo em causa a apreensão pública de que as famílias se estão a indisponibilizar para os cuidados aos mais velhos (Harper, 2009).

O cuidador informal surge então, da necessidade de se cuidar da pessoa/familiar no domicílio. Segundo Pérez, Abanto e Labarta (1996), referido por Marques *et al* (2012) o cuidador informal é definido como a pessoa encarregada de cuidar das necessidades básicas e instrumentos da vida diária do indivíduo dependente durante a maior parte do dia, sem receber qualquer contribuição económica por isso. Distingue-se, portanto, do prestador de cuidados formal, que é o profissional que optou voluntariamente por receber preparação académica, sendo remunerado pelos cuidados que presta. O cuidado tem uma dupla aceção. Significa, por um lado, assistir, conservar, substituir, promover, supervisionar, e, por outro, implica solicitude, responsabilidade e atenção (García, 2010).

Por definição, cuidadores informais são familiares ou conviventes significativos que prestam cuidados a outrem de forma regular e não remunerada (Figueiredo, 2007; Lage, 2005; Sequeira, 2010). O cuidado que se denomina informal assenta no facto de ser prestado voluntariamente pelas pessoas da rede social do recetor dos cuidados, sem ser mediado por uma organização ou ser remunerado (García, 2010).

Gil (2010) alerta para a necessária atenção às duas dimensões inter-relacionadas que dão forma ao conceito de cuidador informal: a dimensão afetiva, relacional combinada com uma outra, orientada para aspetos instrumentais e da esfera do “fazer”. Considere ainda que é entre a família, amigos, vizinhos ou voluntários da comunidade que

surtem os cuidadores informais - será aquele que, pela sua condição familiar ou de proximidade assume as funções de cuidar diariamente.

Cada família tem as suas normas, construídas ao longo dos anos, através de inter-relações e da intensidade da necessidade do cuidado. Em cada família é, frequentemente, possível identificar o papel esperado de forma diferenciada de cada membro. O cuidador informal é habitualmente um familiar ou alguém muito próximo do idoso, cuja identidade está intrinsecamente ligada à história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais. Os amigos e vizinhos assumem a responsabilidade pelo cuidar em situações pontuais, devido à inexistência de familiares ou de alguém capaz de assumir o papel de cuidador (Oliveira, 2009).

Quanto ao grau de compromisso e responsabilidade na prestação de cuidados habitualmente encontra-se uma tipologia assente em três categorias: a) o cuidador primário ou principal – que detém a responsabilidade integral no fornecimento de ajuda à pessoa dependente, quer seja na prestação direta, na supervisão ou na orientação; b) o cuidador secundário – que fornece assistência de forma complementar, ocasional ou não regular, sem ter a responsabilidade direta sobre o cuidar; c) o cuidador terciário – alguém que ajuda de forma esporádica, quando solicitado, ou em situações de emergência (Pereira & Filgueiras, 2009; Sequeira, 2010).

Oliveira (2009) distingue dois tipos de cuidadores, o cuidador principal e o cuidador secundário. Os cuidadores principais são aqueles que têm a total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente no domicílio, enquanto que os cuidadores secundários correspondem aos familiares, vizinhos e voluntários que prestam cuidados complementares.

A mesma autora, citando Sequeira (2007), refere que cuidador principal é aquela pessoa com a principal ou total responsabilidade na provisão de ajuda à pessoa necessitada, é um único membro, que assume a principal responsabilidade de prestar assistência emocional, física, de saúde e, por vezes, financeira. Por sua vez, os cuidadores secundários são outras pessoas que também prestam assistência ao idoso, mas sem a principal responsabilidade. O cuidador principal é aquele sob quem é depositada a responsabilidade integral de cuidar, supervisionar, orientar e acompanhar a pessoa idosa que necessita de cuidados e o cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados e colabora com o cuidador principal. Esta colaboração pode ser na

prestação direta de cuidados, assim como a nível económico, em atividades de lazer e atividades de âmbito social.

Os estudos sobre os motivos dos cuidadores para prestar cuidados mostram que os cuidadores têm mais do que um motivo. Figueiredo (2007) refere que os motivos subjacentes à assunção do papel de cuidador a um idoso dependente constituem um domínio complexo que envolve uma amálgama de razões, marcado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela conceção de vida e história de cada indivíduo.

A maioria dos cuidadores garante que o faz por iniciativa própria. Todavia, outras razões, se bem que com menor expressão, são também apontadas, nomeadamente, o facto de ter sido uma decisão da família ou por não haver mais ninguém disponível que pudesse assumir esse papel. Curiosamente, o assumir o cuidado a pedido da pessoa dependente é o motivo menos frequentemente apontado (García, 2010; Sequeira, 2010).

É o cônjuge que, em primeiro lugar, seguido de filhos(as) e noras assume o papel de cuidador primário, não apenas pela proximidade afetiva, mas também pelas responsabilidades assumidas no matrimónio, por solidariedade familiar/conjugal (casam para se manterem unidos “na saúde e na doença”), por sentimentos de gratidão e de reciprocidade para com aquele de quem se cuida e por obediência às normas e padrões socioculturais (Santos, 2008; Sequeira, 2010).

Embora a estimativa da quantidade e qualidade dos cuidados, como a relação cuidador-recetor seja uma questão complexa, espera-se que o cônjuge se dedique mais tempo e desenvolva mais atividades de suporte que qualquer outro membro da família. O facto de os idosos serem atendidos, maioritariamente, por seus cônjuges ou parceiros está relacionada com diversos fatores: a) a coabitação, que facilita a prestação de cuidados a partir de um ponto de vista logístico; b) uma maior intimidade nas relações interpessoais, eliminando os obstáculos à prestação de atividades de autocuidado (por exemplo, de higiene); c) aumento dos tempos de sincronização, principalmente devido a uma situação semelhante no que diz respeito ao emprego (García, 2010).

Já a proximidade física, em especial quando residem no mesmo domicílio, está intimamente ligada às relações de parentesco ou relações afetivas (Santos, 2008). Outros estudos apontam a coabitação entre cuidadores e idosos e conseqüentemente a

prestação de cuidados ao idoso, como principal fator, uma vez que a proximidade física e afetiva coloca os potenciais cuidadores numa posição privilegiada para o desempenho do papel de cuidador. A distância geográfica torna mais difícil a prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência. Quando a co-residência não se verifica, é o idoso na maioria das vezes, que se desloca para o domicílio do cuidador. No entanto, existe igualmente, tendência inversa, isto é, a decisão do cuidador em ir viver com o idoso. Estes autores indicam diversas razões subjacentes à decisão de coabitar com o idoso e, conseqüentemente, de assumirem a prestação de cuidados, nomeadamente; a condição de saúde e os interesses da pessoa idosa; o chamado “sentimento de reciprocidade”, de retribuir ao idoso a ajuda recebida no passado; o facto de o idoso estar isolado e sozinho; a diminuição de capacidade por parte do idoso para realizar atividades de vida diária; motivos de tradição familiar; fatores culturais; o sentido do dever e responsabilidade; as características do domicílio e o desejo de manter a pessoa idosa no domicílio familiar; a morte de um elemento da família que prestava cuidados ao idoso e ainda razões de ordem económica. São ainda referidos sentimentos de obrigação e lealdade impostos por laços de sangue; razões de reciprocidade, o cuidar numa perspetiva de retorno bem como a moralidade e respeito mútuo (Lage, 2005; Sequeira, 2010). Para além destes motivos Jani-le Bris (1994), citado por Oliveira (2009) assinala outros, relacionados com o processo de se tornar cuidador: o altruísmo, a ausência de outras pessoas que cuidem, a inexistência de estruturas de apoio e ainda evitar a institucionalização. A mesma autora menciona ainda a preocupação em evitar a institucionalização como um dos motivos mais apontados, referindo que existe uma generalização muito negativa e depreciativa das instituições, nomeadamente dos lares, vistos como a última solução possível nestas situações. O contexto espacial tem igualmente grande influência na prestação informal de cuidados que é profundamente condicionada por circunstâncias geográficas e espaciais em que se desenvolve. De acordo com García (2010) existem várias possibilidades que podem condicionar o local onde o cuidado é desenvolvido:

1. Cuidados por parte de um membro da mesma família, anteriormente já em coabitação;

2. Mudança de residência da pessoa dependente para a casa do cuidador, podendo existir uma rotação regular entre diferentes casas;
3. Mudança de residência do cuidador para o domicílio da pessoa dependente;
4. Rotação de vários cuidadores familiares no domicílio da pessoa dependente;
5. A contratação de um cuidador remunerado;
6. A existência de instituições públicas de apoio domiciliário;
7. Negligência.

Estas opções são muitas vezes combinadas ou sucedem ao longo do tempo. Há, no entanto uma clara influência da distância geográfica ou proximidade residencial entre o receptor e família (ou cuidadores), que pode resultar numa maior dificuldade no cuidado informal, principalmente em função da menor disponibilidade de tempo.

A manutenção das pessoas com perda de autonomia nas suas casas ou em co-residência, obriga as famílias a definir e redefinir as relações, obrigações e capacidades, acontecendo frequentemente haver dificuldade em chegar a um acordo no que diz respeito à contribuição de cada um dos membros nos cuidados à pessoa, podendo constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para o cuidador principal e para toda a família. Paúl (1997), referido por Andrade (2009), salienta que os problemas de quem presta cuidados surgem de um conflito emotivo, complexo e intenso, provocado pela sobrecarga de olhar por um idoso, pelo qual se sente um afeto profundo ou obrigação. Estes sentimentos são muitas vezes reforçados pelo isolamento social imposto pelas responsabilidades de cuidar da pessoa com perda de autonomia, a que se junta, habitualmente, a falta de conhecimento sobre as técnicas cuidativas, os recursos da comunidade e o lidar com o *stress*. O impacto negativo do cuidado na sociedade em geral tem sido diferenciado entre os custos sociais e custos económicos. Tem-se falado dos custos económicos como os que envolvem dinheiro ou equivalentes a dinheiro, e afetando o padrão de vida, quer de forma direta (por exemplo através da adaptação da habitação e dos custos inerentes a medicação e outros consumíveis) ou indireta (perda de produtividade no trabalho). Os custos não económicos implicam qualquer deterioração na dimensão da qualidade de vida individual, na saúde física, relacionamentos e atividades sociais e saúde psicológica (García, 2010).

No entanto, o cuidado informal tem consequências que interagem umas com as outras de forma dinâmica, produzindo sinergias que podem ser positivas e negativas. Portanto, a prestação de cuidados não pode ser vista apenas como uma fonte de *stress* e sobrecarga, mas também como uma fonte de gratificação e realização pessoal. São diversos os autores que estudaram as repercussões do cuidar, quer a nível dos diferentes tipos de satisfação, quer a nível da sobrecarga física, emocional, social, familiar e económica. O quadro abaixo reflete, as repercussões positivas e negativas associadas à prestação de cuidados por cuidadores informais.

Quadro 1

Repercussões positivas	Repercussões negativas
<ul style="list-style-type: none"> • Reforço dos laços com a pessoa dependente ou outros familiares; • Sentir que o familiar é tratado com dignidade; • Reconhecimento pela família; • Capacidade de resolver problemas; • Possibilidade de ajudar ou retribuir a um familiar; • Diminuição de possíveis sentimentos de culpa; • Satisfações decorrentes das consequências do cuidar (recompensa económica direta ou indireta, atual ou futura). 	<ul style="list-style-type: none"> • Défice de lazer; • Limitação de tempo livre; • Conflitos familiares e laborais; • Sobrecarga económica (aumento dos gastos e eventual redução salarial); • Isolamento; • Ansiedade e depressão; • Diminuição de autoestima; • Sentimentos de culpa; • Tendência para negligenciar a própria saúde; • Aumento da morbilidade.

Fonte: Figueiredo, 2007; Hoffmann & Rodrigues, 2010; Losada *et al*, 2010; Marques, 2007; Zarit, 2009

Presentemente, o cuidado informal tem, no entanto, uma complexidade que não se esgota no apoio à satisfação das atividades básicas de vida diária ou das atividades instrumentais de vida diária. Exemplos disso são a supervisão de comportamentos, a gestão de tecnologia relacionada com a saúde no domicílio, a gestão da dor, a gestão e coordenação do apoio doméstico ou a negociação e advocacia da pessoa dependente junto do sistema de saúde. É atualmente exigido aos cuidadores informais, maioritariamente também eles idosos, que dominem questões relacionadas com a gestão do regime terapêutico e medicamentoso; que tenham presentes princípios de assepsia, de higienização das mãos, de descontaminação de equipamentos, de manuseamento e manutenção de equipamentos (por exemplo, mecanismos de Ventilação Mecânica

Não Invasiva, Diálise Peritoneal, manutenção e otimização de gastrostomias percutâneas (PEG) ou cânulas de traqueostomias, entre outros). Segundo Levine, *et al* (2004), citados por Pereira (2011), os prestadores formais de cuidados e o sistema político assumem, de alguma forma, que os familiares cuidadores, embora não pagos e sem a necessária formação, têm de desempenhar funções atribuídas a técnicos de diversas áreas (enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas).

Estes, são de facto, grandes desafios que se colocam na atualidade aos cuidadores, muitas vezes mitigados ou dissimulados pela capacidade da família para se adaptar e dar resposta às mais variadas situações e da sua competência e modo de funcionamento, enquanto instituição de suporte.

Olhar para este fenómeno e fixar-se no perfil de um “hipotético” cuidador poderá influenciar uma tendência para o interpretar de forma exageradamente simplista. Convém manter a noção de que o problema é complexo e que a diversidade dos cuidadores e dos seus contextos não permite que os abordemos como se de um grupo uniforme se tratasse (Zarit, 2009).

Na realidade, há que atender à diversidade de cada situação, nomeadamente, os laços que ligam os cuidadores às pessoas dependentes; os sentidos e as expectativas dos diferentes cuidadores; os tipos de apoio que os cuidadores recebem das suas redes sociais; os traços de personalidade dos cuidadores; as tipologias das famílias prestadoras de cuidados e o tipo de cuidados que é requerido, o tempo que é necessário despende, o número de anos que se está a cuidar ou o local onde o cuidado é prestado (García, 2010; Gil, 2010; Losada et al., 2010; Zarit, 2009).

Na atualidade, as questões em torno dos cuidadores informais avolumam-se na justa proporção em que se assiste ao envelhecimento da população, fruto de um contínuo aumento da esperança de vida; à complexificação do contexto social caracterizado por alterações nas estruturas familiares, pelo ingresso massivo das mulheres no mundo do trabalho, ou ainda, pelo progressivo aumento da idade de acesso à reforma, bem como a alteração das políticas sociais que apelam à permanência de idosos e dependentes nos seus ambientes familiares e às novas políticas de saúde com valorização dos tratamentos ambulatoriais e diminuição dos tempos de demora média de internamento (García, 2010; Gil, 2010; Losada et al., 2010; Zarit, 2009).

Figueiredo (2007), referindo alguns autores (Jani-Le Bris; Salvage; Walker), menciona que as expectativas relativamente à manutenção do idoso no seu ambiente familiar se apresentam em dois polos opostos. Por um lado temos os países do sul da Europa que se caracterizam pela responsabilização da família e desinvestimento ou não investimento do Estado e, por outro, os países nórdicos caracterizados pela responsabilização do Estado, com desresponsabilização mas não desinvestimento da família. Nos países do sul da Europa a função de cuidador não é legalmente reconhecida, sendo considerada como uma obrigação familiar. Esta situação pode determinar o investimento em medidas de apoio à família. Também no norte da Europa não há reconhecimento formal dos cuidadores familiares mas, neste caso, porque ninguém espera da família qualquer responsabilidade na prestação de cuidados, cabendo a mesma ao Estado.

Inclusivamente, nos países onde o Estado assume a responsabilidade pela prestação de cuidados, o papel da família é reconhecido, enquanto suporte ao idoso dependente. Nos países em que os serviços formais estão mais desenvolvidos, o apoio da família continua a ser significativo, não tendo sido substituído, sobretudo no que diz respeito às necessidades de ordem afetiva e social (José, Wall e Correia, 2002). Um pouco por toda a Europa, é a família que assume o papel de prestadora de cuidados e de suporte aos idosos, quando estes necessitam, mesmo nos países do norte da Europa, onde a oferta de serviços formais e a responsabilização do Estado pela prestação de cuidados aos idosos é clara, ao contrário do que sucede no sul da Europa, em que esse apoio se constitui como obrigação familiar (Mestheneos e Triantafillou 2005; Figueiredo, 2007). De acordo com Carrascosa (2008), cerca de 70% dos espanhóis, gregos e portugueses afirmam que convidariam os seus pais idosos a viverem com eles ou se instalariam com eles se disso houvesse necessidade. No caso dos dinamarqueses, holandeses e suecos essa percentagem é inferior a 15%. Por outro lado, os próprios idosos referem que em caso de necessidade, por doença ou acidente, recorreriam à família. No caso da França e Dinamarca mais de 27% dos idosos recorreriam em primeiro lugar a ajuda externa (serviços sociais ou ajuda contratada). Os “serviços de alívio” (*respite care*) estão mais desenvolvidos em países como o Reino Unido, Noruega, Dinamarca, Suécia, Holanda, França e Bélgica, contrariamente aos países do sul da Europa, mais concretamente Portugal (Figueiredo, Lima e Sousa, 2009).

Perante estes factos e com o desenvolvimento dos sistemas de saúde e de proteção social na velhice e na doença, a gestão dos cuidados à pessoa com perda de autonomia deixou de se confinar exclusivamente à esfera privada.

Muitos países da OCDE (2013) têm implementado políticas para apoiar os cuidadores familiares, com vista a mitigar estes impactos negativos. Estes incluem licença de cuidado pago (por exemplo, Bélgica), permitindo que os horários de trabalho sejam flexíveis (por exemplo, na Austrália e Estados Unidos), prestação de cuidados de descanso (por exemplo, Áustria, Dinamarca e Alemanha), bem como serviços de aconselhamento/formação (por exemplo, Suécia). Além disso, uma série de países da OCDE proporcionam benefícios em dinheiro para os cuidadores familiares ou subsídios para os beneficiários que podem ser usados para pagar a cuidadores informais.

Em Portugal, verificou-se igualmente uma série de produção legislativa no sentido de enquadrar soluções para esta problemática e, em 2006, é criada por Decreto-Lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde do Trabalho e da Solidariedade Social por forma a dinamizar a implementação de unidades de internamento temporário e de equipas de cuidados domiciliárias, dirigidos às pessoas em situação de dependência. Estas unidades e equipas assentam numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social. Através da implementação das Equipas Domiciliárias da RNCCI, que constituem uma resposta multidisciplinar domiciliária para todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem numa situação de dependência, necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, o domicílio permanece como o local de eleição para a prestação de cuidados. No entanto, esta prestação de cuidados obriga a uma responsabilização das famílias/cuidadores informais pela sua prestação, que só possível mediante a aquisição de competências específicas e da disponibilização de apoio efetivo nas áreas da saúde e sociais, em complementaridade, de forma a subsidiar a satisfação das necessidades tanto do que é cuidado, como daquele que cuida. É necessário, para isso, garantir que as parcerias estabelecidas com os cidadãos se baseiem no respeito pelas suas capacidades, vontades e disponibilidades e na valorização inequívoca do seu papel de cuidador informal.

Considerando o papel da família e reconhecida a sua importância enquanto prestadora de cuidados aos familiares idosos, parece indiscutível a implementação de medidas de estratégias com vista a equilibrar o papel dos cuidadores informais e o papel do Estado, assegurando desta forma que o ónus dos cuidados será partilhado tanto pelos cuidadores informais como pelas instituições formais.

Se por um lado consideramos a família como um recurso, por outro lado, é necessário assumir que estas têm necessidades e problemas, inerentes à prestação de cuidados a um familiar idoso, daí a designação de “pacientes ocultos”, por muitos atribuída. Também eles necessitam de ajuda para promover a sua qualidade de vida, saúde e bem-estar, pois prestar cuidados durante um longo período de tempo, pode ser extenuante física e psicologicamente (Figueiredo, Lima e Sousa, 2009).

Outra situação com que num futuro mais ou menos próximo nos iremos defrontar prende-se com a diminuição do número de cuidadores informais, numa sociedade em que o envelhecimento da população é uma realidade irrefutável (Hoff, 2009).

Estratégias de complementaridade entre os vários atores, de cariz formal e informal, suportadas em respostas coordenadas de saúde e sociais, compatíveis com as alterações decorrentes do crescente envelhecimento da população e alteração das estruturas e formas familiares, parecem ser a resposta mais sustentável atendendo aos desafios que se colocam na atualidade e cujo alcance estamos longe de conseguir prever.

Referências bibliográficas

- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde. Universidade do Minho.
- Carrascosa, Laura Lorenzo (2008) “Envejecimiento de la Población y Apoyo Familiar en la Unión Europea”, *Revista de Demografía Histórica*, XXVII, II, 2008, segunda época, 35-54
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Figueiredo, D., Lima, M.P. & Sousa, L. (2009). Os “Pacientes Esquecidos”: Satisfação com a vida e percepção de Saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós*, 12(1), 97-112.

Francisco, C. & Pereira M. (2012). Abordagem reflexiva sobre o papel do cuidador informal na continuidade dos cuidados em contexto domiciliário. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 6(6),1453-8.

García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Harper, S. (2009). Uma abordagem às implicações do envelhecimento global. In *O tempo da vida – Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento*, Parede: Princípa.

Hoff, A. (2009). Alteração das relações intergeracionais nas sociedades europeias. In *O tempo da vida – Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento*, Parede: Princípa.

Hoffmann F., & Rodrigues, R. (2010). *Informal carers: who takes care of them? Policy Brief*. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Disponível em http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1714

INE - Instituto Nacional de Estatística (2011). Disponível em:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros_familia

José, J. S., Wall, K. & Correia, S.V. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Working Papers, Disponível em: www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa: Climepsi Editores, 203-229.

Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Losada, A., Pérez-Penaranda, A., Rodríguez-Sanchez, E., Gomez-Marcos, M., Ballesteros-Rios, C., Ramos-Carrera, I., Campo-de la Torre. M., & García-Ortiz, L. (2010). Leisure and distress in caregivers for elderly patients. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50, 347-350.

Marques, M.J., Teixeira, H. & Souza, D.C. (2012). Informal caregivers in Portugal: experiences of caring for elderly. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(1), 147-159.

Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.

- Mestheneos, E.; Triantafillou, J. (2005). *Supporting family carers of older people in Europe – The Pan-European Background Report*, Münster: Lit Verlag.
- Nazareth, J.M. (2009). *Crescer e envelhecer: Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*, Lisboa: Editorial Presença.
- Oliveira, A. (2009). *Cuidados informais ao idoso dependente: Motivos e gratificações*. Tese de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- OECD (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- Organização das Nações Unidas (2007). *Estudo Económico e Social Mundial*. Disponível em: www.un.org/esa/analysis/wess/ .
- Pego, M. A. (2013). *Cuidados informais: Os idosos em situação de dependência em Portugal*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Escola nacional de Saúde Pública e Universidade Nova de Lisboa.
- Pereira, H. (2011). *Subitamente cuidadores informais – A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Pereira, M., & Filgueiras, M. (2009). A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Atenção Primária a Saúde*, 12(1),72-82.
- Santos, D. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente*. Tese de Mestrado em Comunicação e Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Vilar, Emílio (2009). *O tempo da vida – Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento (Prefácio)*, Parede: Príncipeia.
- Zarit, S. (2009). Empirically supported treatment for family caregivers. In S. Qualls & S. Zarit (Eds.), *Aging families and caregiving*, 131-153.



9. Espiritualidade em enfermagem

9. Espiritualidade em Enfermagem

João Manuel Galhanas Mendes – *Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora*

Margarida Maria da Silva Vieira - *Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa*

A Dimensão Espiritual do Ser Humano

Pelo próprio conceito de saúde, pela observação que fazemos da realidade que nos rodeia e ainda pelas referências que o Plano Nacional de Saúde Português lhe atribui, justifica-se que a dimensão espiritual do ser humano se transforme numa área de cuidados de saúde a aprofundar para podermos contribuir para que a visão holística do ser humano, que pressupõe uma assistência integral, considere suficientemente os cuidados prestados tendo em conta a dimensão espiritual de todas as pessoas que recorrem aos diversos níveis dos serviços de saúde.

Quando refletimos sobre as questões relacionadas com a pessoa na sua totalidade facilmente somos levados a pensar na própria vida, na vida humana. A vida humana é, em primeira instância, vida individual e segundo Rojas (2005) a análise da mesma poderá ser feita em duas vertentes primordiais, uma superficial e outra profunda. A vertente superficial reflete a vida para o exterior, a imagem que mostramos aos outros ou seja aquilo que mostramos a partir dos nossos comportamentos. A vertente profunda é aquilo que somos interiormente, a parte menos acessível de nós mesmos por isso a mais atraente, onde se desperta a curiosidade e o desejo de penetrar na sua complexidade, numa tentativa de encontrar uma espécie de fórmula que nos ajude a viver melhor.

A espiritualidade como dimensão de vida do ser humano percorre estas duas vertentes que Enrique Rojas nos refere, na vertente profunda remete-nos para o facto de podermos nós próprios reconhecer o sentido que encontramos para a nossa vida, na vertente superficial remete-nos para comportamentos que manifestamos em público ou em privado e que caracterizam uma vivência própria e individual desta dimensão da vida.

Pensamos que a dimensão espiritual do ser humano também deva estar no centro das atenções dos profissionais de saúde. A vivência da espiritualidade faz parte da experiência de vida que cada ser humano faz individualmente ou em comunidade, contudo estamos num mundo de forte tendência individualista onde cada um procura a sua verdade e onde a procura do transcendente se torna cada vez mais individual e singular. Apesar de todos os avanços da ciência e da tecnologia, o ser humano tem necessidade constante de dar resposta à pergunta milenar do sentido para a vida: Qual é o sentido da minha vida?

Para Viktor Frankl, numa obra agora publicada em português em 2012 que se refere ao texto publicado originalmente em alemão em 1946, refere que o que importa não é o sentido da vida em geral, mas antes o sentido específico da vida para uma pessoa num dado momento. Não se pode procurar o sentido abstrato da vida porque cada um tem a sua vocação e missão específica na vida, para levar a cabo uma tarefa concreta que pretende concretizar e nesse contexto não pode ser substituído, nem a sua vida pode ser repetida por outro. A tarefa de cada pessoa é tão única quanto o é a sua oportunidade específica para a concretizar.

O autor que acabamos de referir considera que em última instância, o Homem não deveria perguntar qual o sentido da vida, mas antes reconhecer que é ele quem se vê interpelado e à vida cada um pode apenas responder sendo responsável, pelo que a responsabilização é a própria essência da existência humana.

Viktor Frankl ao declarar que o ser humano é responsável tendo que tornar efetivo o sentido potencial da sua via, quer sublinhar que o verdadeiro sentido da vida tem que ser descoberto no mundo e não dentro dos homens e da sua psique, como se fosse um sistema fechado e chama a esta característica constitutiva a “autotranscendência da existência humana”.

Chestov (1960) considera que ninguém sabe se a vida não é a morte ou se a morte não será a vida. Desde a mais remota antiguidade que os mais sábios homens vivem nesta enigmática ignorância. Acrescenta Chestov, só é homem quem sabe o que sejam a vida e a morte e aquele que, de quando em quando mesmo por um instante, deixa de apreender o limite que separa a vida e a morte, deixa de ser um homem e torna-se em qualquer coisa que desconhecemos.

Richard Taylor (1970) em aparente contradição com Viktor Frankl, defende que o sentido da vida não pode ser encontrado no universo, porque se assim fosse poderíamos considerar que a vida seria, por assim dizer, objetivamente desprovida de sentido. Será então importante deslocarmos a nossa procura de sentido para o interior de nós próprios. O tipo de sentido da vida que importa ter em consideração é um sentido para nós. A vida só tem sentido se pudermos desenvolver e participar em atividades que achamos serem significativas.

Viktor Frankl (2012) na obra que referimos anteriormente também defende que podemos descobrir o sentido da vida de três formas diferentes: criando uma obra ou praticando uma façanha, vivendo uma experiência ou encontrando alguém e por intermédio da atitude que assumimos ante um sofrimento inevitável.

Também para a filosofia o sentido da vida é um assunto central. Para Durant (1996) a vida tem um significado, contudo grande parte das nossas vidas é destituída de significado, lutamos com o caos que nos cerca e que está dentro de nós, mas acreditamos existir o tempo todo algo vital e importante em nós. Queremos compreender que a vida para nós significa tentar transformar em luz e chama, tudo aquilo que somos ou com que nos deparamos.

Tillich (1976) influenciado pela filosofia de Kierkegaard, defende que vivemos em angústia e desespero, vivemos em angústia porque somos finitos e em desespero porque vivemos essa angústia num ambiente de solidão.

O facto de considerarmos a morte inevitável, parece muitas vezes tornar a questão do sentido da vida problemática, mas não é óbvio que a imortalidade possa fazer a diferença entre o sentido da vida e a sua ausência. Se a vida tem sentido, não o perde só porque somos mortais ou mesmo se não tem sentido, não o vai ganhar pelo facto de que pudéssemos ser imortais.

Moura (2011) refere-nos que, ao percorrer-se a história da filosofia podemos verificar que foram muitos os filósofos que se dedicaram as reflexões sobre a vida e morte, desde os gregos clássicos, como Platão e Aristóteles, até aos contemporâneos, Sarte, Heidegger, Lévinas e outros, sendo que o problema da morte se modificou radicalmente, passando de um problema analisado objetivamente a um drama vivido interiormente.

Uma vida poderá ser mais ou menos longa, o que permitirá realizar mais ou menos finalidades com valor, mas daqui não se infere que só uma vida imortal tem sentido e que a morte, só por si, não retira o sentido à vida. A morte na perspectiva de Epicuro não é para nós, motivo de preocupação, uma vez que defende que *“a morte, o mais aterrorizador dos males, nada é para nós, dado que enquanto existimos a morte não está connosco; mas, quando a morte chega, nós não existimos. A morte não diz respeito nem aos vivos nem aos mortos, pois para os primeiros nada é, e os segundos já nada são”* (Epicurus, *Carta a Meneceu*, p.125).

Segundo Wolf (2011) uma vida com sentido tem que satisfazer dois critérios adequadamente interligados. Em primeiro lugar é necessário existir uma entrega ativa e em segundo lugar uma entrega a projetos de valor. Uma vida é destituída de sentido se é destituída de entrega a coisa alguma. Pode dizer-se que a vida de uma pessoa aborrecida ou alheada do que passa a maior parte da vida a fazer é destituída de sentido, muito embora possa estar a executar funções de valor. Também alguém que se entrega ativamente na vida pode viver uma vida destituída de sentido, se os objetos da sua entrega forem totalmente destituídos de valor.

A pergunta «qual é o sentido da vida?» aponta para a necessidade da compreensão profunda e universal do sentido da nossa existência.

Carvalho (2008) defende que conhecer-se a si mesmo consiste em pensar-se não mais como indivíduo, mas como pensamento da totalidade para se tornar “intelecto” que consiste em atingir um estado de perfeita transparência na relação consigo próprio, eliminando precisamente o aspeto individual do eu, ligado a uma alma e a um corpo, para apenas deixar subsistir a interioridade pura do pensamento em si mesmo.

Defende Susan Wolf (2011) que indagar sobre o sentido da vida é como envolvermos numa busca em que, só estamos certos daquilo que procuramos quando o encontramos. Parece que Wolf nos aponta aqui um percurso que é a motivação para a procura do próprio sentido da vida.

A questão do sentido da vida é colocada por cada um de nós como seres humanos, clientes ou prestadores de cuidados, mas é colocada sobretudo nos momentos em que as pessoas atravessam percursos de doença ou outros momentos de sofrimento na sua história de vida.

Para Wolf (2011) a vida de uma pessoa só pode ter sentido se ela se interessar de um modo profundo pelas coisas e se existir um envolvimento positivo com objetos e atividades, que levem à construção de relações positivas com os outros e conosco próprios. Quando se fala de espiritualidade somos levados a pensar que se trata à partida da ligação da pessoa a uma determinada religião. Por isso espiritualidade seria sinónimo de religiosidade, contudo se para algumas pessoas a sua dimensão espiritual está muito intercetada pela dimensão da religiosidade, para outras pessoas poderá provavelmente estar muito pouco e para outras ainda poderá não existir qualquer ligação entre espiritualidade e religião, como é por exemplo o caso dos não-crentes.

Yinger (1960) define religião como um sistema de crenças e práticas partilhadas e realizadas habitualmente por uma pluralidade organizada de pessoas, que se julga estabelecerem relações com valores e muitas vezes seres supra empíricos dos quais estas pessoas se sentem dependentes.

Para Kant (1960) a religião é o culto que procura os favores de Deus, através da oração e ofertas, para trazer a cura e riqueza para os seus seguidores ou a ação moral que orienta os comportamentos humanos para uma vida melhor.

Este conceito onde se inscrevem profundamente as ideias de culto e ação moral poderá ter estado na origem do que Derrida (1998) considera ser a religião. Refere este autor que a palavra "religião", deriva da palavra (religio) e tem duas raízes distintas. Primeiro, a partir de "relegere" de "legere" significa reunir, colher ou recolher (em) e a segunda a partir de "ligare" "religare" significa amarrar ou ligar. A primeira palavra aponta para a origem de grupos sociais que se reúnem para práticas de culto e a segunda para o conjunto de normas, valores, regras etc. que são necessárias para a vida dos seres humanos. A primeira sugere o papel do culto na formação dos seres humanos e a segunda as práticas sociais na sua regulação.

Martín (2001) refere que a religião, tanto na pré-história como na história humana está, como a ciência confirma, sempre presente na preocupação dos homens e ocupa um lugar proeminente entre os seus objetivos.

Para Wolf (2011) a religião proporciona um contexto natural para a questão do sentido da vida. Se acreditarmos que um ser sobrenatural criou o mundo de acordo com um plano grandioso, então a nossa pergunta, procura saber qual é a finalidade desse plano ou qual é o lugar que a vida nele ocupa.

Não podemos no entanto considerar que estas questões apenas fazem sentido no âmbito da religião. As preocupações centrais que estão ligadas a este domínio incluem questões sobre a existência de um objetivo para a vida, sobre o valor da vida e sobre a existência de uma razão para viver, independentemente das circunstâncias, ideias, opiniões e de interesses individuais.

Porque o termo espiritualidade se propicia a uma grande ambiguidade, é necessário esclarecer-se o seu significado rigoroso, muito embora se saiba também que não é possível fazê-lo com facilidade. Para Roselló (2004) não há uma corrente única ou uma dogmática sobre o espiritual, o que permite o desenvolvimento de perspectivas muito amplas, correndo-se o risco de uma multiplicação dos discursos e de uma saída do assunto para a esfera do relativismo.

Para o autor que acabamos de referir, é possível constatar a emergência deste conceito em algumas correntes de natureza sociológica que encontraram um esgotamento do sentido da vida numa sociedade pós-materialista, surgindo alguns sintomas especialmente nas novas gerações, de um cansaço e de um esgotamento deste modelo de sociedade materialista e um dos sintomas é a procura e o desejo do espiritual.

Vivemos claramente na emergência do espiritual em claro tom sincrético mas vivemos também esta emergência debaixo de um tom inter-religioso e ecuménico. O tratamento do espiritual na sociedade pós-moderna não obedece aos esquemas da sociedade cristã ocidental, em que o espiritual estava ligado ao religioso e ao religioso de uma religião predominante.

Há hoje uma procura de pontos de união e de convergência entre as distintas tradições culturais e religiosas como defende Roselló (2004). Contudo também nos surge com muita visibilidade na comunicação social que, em algumas partes do mundo, o fundamentalismo religioso constitui-se como um preocupante guia orientador da vida em sociedade.

A religião é um meio para a procura da dimensão da transcendência, contudo não é o único dado que há formas de espiritualidade laicas, paralelas e alternativas à religião. Lévinas (2003) diz-nos que transcendência significa um movimento de travessia e um momento de subida, neste sentido estamos perante um duplo esforço de transposição do intervalo por elevação, por mudança de nível. O olhar que se eleva para o céu

como que se separa do corpo no qual está implantado e encontra então o intocável: o sagrado.

Para Martín (2001) se procurarmos as causas da fé na existência de um ou vários seres supremos, podemos encontrar várias, ainda que todas elas se resumam numa: a intuição de que depois desta vida, tem que haver algo mais e que nessa «outra vida» há «alguém» superior que merece adoração.

Para alguns pensadores modernos, refere Martín, esta «intuição» não é absolutamente significativa pois responde a uma necessidade humana diante da angústia proporcionada pela morte. Para este, o homem acredita porque tem necessidade de crer para aliviar a sua angústia, constrói um «céu» e um «inferno» e mesmo um ou vários «deuses» para preencher um vazio que se lhe torna insuportável, um vazio proveniente da consciência de que está vivo e que vai desaparecer para sempre.

Mendelson (2002) defende que os percursos da doença crónica apelam para a necessidade de procura do espiritual para crentes e para não crentes, contudo Amatuzzi (1999) considera que a religião fornece uma ajuda na perceção das coisas do mundo, o que leva a uma tomada de consciência dos limites do homem, aspeto que sustenta a necessidade humana de procura de sentido para a vida ou a procura de uma harmonia perdida.

Na observação que fazemos da realidade constata-se que a procura do espiritual poderá surgir de muitas formas. Existe hoje um culto ao espiritual e aparecem alguns chamados mercenários do espiritual que oferecem serviços de forma presumivelmente enganosa a pessoas que se tornam vítimas da sua própria fragilidade ou da situação de fragilidade que a doença lhes provoca.

Os profissionais de saúde não podem ignorar este aspeto, porque a publicidade dos que se consideram “mestres espirituais”, “astrólogos espiritualistas”, “cientistas espirituais” é apelativa, agressiva e surte efeito e os seus gabinetes aparentam ser frequentados por pessoas cujo objetivo é a ida ao encontro de alguém que as escute. O nosso olhar profissional para uma pessoa doente não é nunca um ato inocente ou indiferente, nem simplesmente técnico, mas tributário de uma visão mais vasta do mundo e do ser humano. Por isso consideramos de primordial importância ter sempre em conta a dimensão espiritual do ser humano no processo de cuidados de saúde e de enfermagem em particular.

Consideramos da maior importância que a investigação nesta área forneça contributos importantes e válidos para que os profissionais de saúde possam, com honestidade e em resultado de evidências científicas nesta área, desenvolver a sua intervenção profissional, dando também relevo à dimensão espiritual do ser humano.

Caldeira (2011) refere que a produção científica acerca da espiritualidade nos cuidados de enfermagem não é tão profícua quanto seria desejável para a consolidação de conhecimentos e para a integração na prática clínica. Contudo, existe atualmente um desenvolvimento na investigação em enfermagem relacionado com esta dimensão do ser humano.

Os estudos nesta dimensão do ser humano poderão dar forma a uma área de conhecimento importante para todos os profissionais que prestam cuidados de saúde e especialmente para os enfermeiros.

Num estudo realizado por Taylor *et al.* (1995) cujo objetivo foi determinar que práticas de cuidados espirituais utilizam os enfermeiros de oncologia, chegou-se à conclusão de que os cuidados espirituais são essenciais no processo de cuidados. As conclusões específicas deste estudo apontam para alguns aspetos que os enfermeiros consideram essenciais incluir nas práticas de cuidados espirituais, como seja rezar com os doentes, promover a presença dos capelães ou de outros ministros de determinadas religiões ou ainda a facilitação do acesso a objetos religiosos.

Já em 1996 Barnum sugere que existem muitos “métodos gerais” para os enfermeiros que prestam cuidados espirituais, incluindo a oração e a facilitação do acesso a conselheiros religiosos e a rituais religiosos.

Estes aspetos são essenciais num plano de intervenções de enfermagem orientado para as verdadeiras necessidades das pessoas a quem prestamos cuidados. Barnum também identifica as terapias direcionadas para o doente, afirmando que a fé é uma terapia espiritual importante para os doentes e concluiu que as terapias espirituais para os doentes são autoaplicadas ou são desenvolvidas pelo enfermeiro.

Porque muita literatura existente sobre esta problemática trata as terapias espirituais como mecanismos para aliviar o *stress*, a preocupação de Barnum parece ser a diferenciação das terapias espirituais como uma forma de distinção de outras terapias. Podemos verificar na descrição de Barnum a noção de que a fé pode ser “aplicada” como uma “terapia”.

Para Heelas e Woodhead (2005), o estudo da espiritualidade como uma dimensão da prática profissional em saúde e educação surgiu a partir de 1980. Os estudos variam da análise e aprofundamento teórico desta dimensão até aspetos mais práticos relacionados com a identificação e satisfação das necessidades espirituais, em doentes utilizadores dos serviços de saúde. As influências culturais e sociais são aspetos importantes, que podem dar lugar a formas particulares da expressão das necessidades espirituais e remetem-nos também para formas de espiritualidade, que identificam o património espiritual ou ajudam a perceber o potencial espiritual de cada ser humano.

Wright (2005) aponta alguns estudos sobre práticas de cuidados espirituais, onde conclui a importância da satisfação das necessidades espirituais em doentes e famílias. Um aspeto crítico, mas considerado muito importante nos estudos da área da espiritualidade é a compreensão da forma como as estruturas educacionais da profissão inibem ou negam a expressão da espiritualidade, devido especialmente a ideologias implícitas nos processos de formação e profissionalização, uma vez que muitas vezes não lhe atribuem qualquer importância como defende Betts (2003), ou evidenciam a sua adesão ao paradigma da racionalidade em que se subvaloriza esta dimensão humana como está expresso nos estudos de Cobb (1998) e Tarlier (2005).

Pelas leituras que fizemos temos a percepção que os estudos na área da espiritualidade estão agora a desenvolver-se num clima de secularismo não desprezando a importância da dimensão religiosa do ser humano.

Pela observação da realidade parece-nos que os crentes das diversas religiões, especialmente aqueles cuja espiritualidade se expressa em atitudes dogmáticas, sobretudo os fundamentalistas, aderem a padrões de conhecimento no domínio da espiritualidade ligados às respetivas religiões e criam situações que muitas vezes poderão entrar em conflito com os conceitos daqueles que concebem esta dimensão humana menos ligados a uma religião. Da reflexão que fazemos também podemos afirmar que a dimensão espiritual da pessoa pode estar muito interceptada pela sua religião. A ideia predominante nos estudos mais recentes é sobretudo a conceção da espiritualidade como a expressão de um comportamento individual sem ligação necessária ao religioso. O comportamento individual é aperfeiçoado sistematicamente por certos atos de espiritualidade e assim a vida social também se vê aperfeiçoada, uma

vez que os comportamentos individuais, em regra dão forma à vida social como defende Hodge (2005).

Existe aqui a noção de que a espiritualidade tem formas de expressão individual que enformam comportamentos individuais e formas de expressão coletivas que caracterizam comportamentos coletivos, dando assim contributos essenciais para o aperfeiçoamento da vida em sociedade.

A espiritualidade não é uma realidade singular é uma realidade radicalmente complexa. A espiritualidade está ligada a valores, à saúde, ao sofrimento, à formação moral e religiosa sobretudo nas profissões ligadas ao cuidado humano, como podemos verificar em Barton (2004) quando refere que os cuidados de saúde têm uma grande componente espiritual e o estudo das problemáticas ligadas à espiritualidade, fornece contributos para os padrões de comportamento e para as estratégias de desenvolvimento que incidem sobre os cuidados de saúde.

McSherry (2000) identifica a espiritualidade como um termo abrangente sob o qual podemos encontrar uma dimensão variada de necessidades dos doentes. Narayanasamy (2001) refere-se à espiritualidade como uma dimensão importante dos cuidados de enfermagem e enquadra esta dimensão nos cuidados de saúde que devem ter uma perspetiva holística da pessoa.

Para Caldeira (2011) a consciencialização da própria espiritualidade dos enfermeiros e a compreensão da espiritualidade como facilitadora do processo de *coping*, são fatores que devem incentivar a sua integração na prática dos cuidados, muito embora se verifique uma acentuada falta de formação sentida pelos enfermeiros para atender a esta dimensão do ser humano.

As comunidades científicas de enfermagem colocaram à disposição dos enfermeiros alguns diagnósticos que se referem especificamente à dimensão espiritual do ser humano.

A *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* refere-se ao diagnóstico de “angústia espiritual” e define-o como o estado em que o indivíduo ou grupo apresenta ou está em risco para apresentar, um distúrbio no sistema de crenças e valores que proporciona força, esperança e significado para a vida. Define também o diagnóstico de “distress espiritual (ou risco)” como a incapacidade para experimentar e integrar o sentido e a finalidade da vida através das relações consigo mesmo, com os outros, com a arte, música, literatura ou com um poder sobrenatural (Carpenito, 1977).

Na Classificação Internacional para a Prática de enfermagem na Classificação dos Fenómenos de Enfermagem (2006) no Eixo A: Foco da prática de enfermagem, também podemos encontrar alguns conceitos que nos ajudam a construir diagnósticos de enfermagem segundo este sistema classificativo, como por exemplo “crença errônea”, “crença religiosa”, “crença espiritual” e “angústia espiritual”.

Concretamente o diagnóstico de enfermagem de “angústia espiritual” que é proposto pela *North American Nursing Diagnosis Association*, desde 1980, é definido como a “capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida, transcendência e conexão consigo, com Deus/Ser Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor” (Carpenito 2005: 762).

Temos verificado em alguns estudos realizados por enfermeiros, sobretudo americanos, que a relação entre espiritualidade e religião é muito forte e fomos percebendo, quer na pesquisa teórica realizada, quer no decurso do processo de recolha de dados, que a religião é um recurso muito importante para algumas pessoas, quando são interceptados por situações de sofrimento e de doença.

A partir dos aspetos relacionados com a espiritualidade até aqui referidos, podemos agora sintetizar e afirmar também, que a espiritualidade é uma dimensão importante do ser humano, que a par da dimensão biológica, intelectual, emocional e social, constitui aquilo que é cada ser humano e que o ajuda a diferenciar do outro ser humano.

Esta dimensão implica uma expressão de sentimentos e uma vivência individual, uma interação com o meio ambiente, com os outros e com um Ser Supremo. É sobretudo através da espiritualidade que se manifesta o sentido para a vida.

Consideramos que será importante perceber como é que os enfermeiros valorizam os vários aspetos relacionados com esta dimensão da pessoa, que dados recolhem na fase de apreciação para que consigam identificar situações que necessitam de cuidados ou seja, situações de diagnósticos de enfermagem relacionados com esta dimensão do ser humano.

Para o desenvolvimento da ciência de enfermagem consideramos necessário estudar padrões de respostas humanas em face dos diagnósticos que estão já estudados pela comunidade científica de enfermagem e intervenções específicas de enfermagem neste domínio.

Referências Bibliográficas

- Amatuzzi, M.M. (1999). Religião e sentido de vida: um estudo teórico. *Temas psicologia*, 7(2), 183-190.
- Amenta, M.O. (1986). Spiritual concerns. In M. O. Amenta & N. Bohnet (Eds.) *Nursing care of the terminally ill*, Boston: Little, Brown.
- Bathgate, D., (2003). Psychiatry, religion and cognitive science. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(3), 277-285.
- Barnum, B.S. (1996). *Spirituality in nursing: From traditional to new age*, New York: Springer.
- Belcher, A. (2009). Faculty Matters. *Nursing Education Perspectives*, 30(6), 350-351.
- Caldeira, S.; Branco, Zita, C. & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 5, 145-152.
- Carpenito, L.J. (1997). *Diagnósticos de enfermagem. Aplicação à prática clínica*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2005). *Diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2008). *Manual de diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Carr, D. (2004). *Spiritual education: Cultural, religious and social differences: New perspectives for the 21st century*. *Studies in Philosophy & Education*, 23(4), 313.
- Chestov, L. (1960). *As revelações da morte*. Trad. De Jorge Sena. Lisboa: Livraria Morais Editora.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Derrida, J. (1998). Faith and Knowledge, in J. Derrida and Vattimo (eds) *Religion*. Cambridge: Polity.
- Durant, W. (1996). *A história da filosofia*. Rio de Janeiro: Editora Nova Cultural.
- Epicurus (1970). *The Extant Remains*. Nova Iorque: Gerg Olms Verlag.
- Frankl, V. (2012). *O homem em busca de sentido*. Alfragide: Lua de Papel.

- Frankl, V. (1978). *Fundamentos antropológicos da psicoterapia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Frankl, V. (2005) - *Um psicólogo no campo de concentração*. Lisboa: Veja.
- Kant, I (1960). *Religion within the limits of pure reason*. New York: harper and Row.
- Lévinas, Emmanuel (1993). *Deus, a morte e o tempo*. Coimbra: Almedina.
- Martín, S. (2001). *Para que serve a fé*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- McSherry, W., Cash, K., & Ross, L. (2004). Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 934-941.
- McSherry W. & Draper P. (1998). The debates emerging from the literature surround the concept of spirituality as applied to nursing. *Journal of Advanced Nursing*, (27), 683-691.
- McSherry, W., (2000). *Making Sense of Spirituality in Nursing Practice: an interactive approach*. London: Harcourt Publishers.
- Mendelson, C. (2002). *Health perceptions of Mexican American women*. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 210-217.
- Moura, C. (2011). *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: Entre a filosofia e a bioética*, Lisboa: Coisas de ler.
- North American nursing Diagnosis Association (2008). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008*, Porto Alegre: Artmed.
- Rojas, E. (2005). *Uma teoria da felicidade*, Coimbra: Edições Tenacitas.
- Rosellò, F.T. (2004). Necessidades espirituales del ser humano. *Labor Hospitalaria*, 271, (1), 7-16.
- Taylor, E. (1997). The story behind the story: the use of storytelling in spiritual caregiving. *Seminars in Oncology Nursing*, 13(4), 252-254.
- Taylor, E. J. (2002). *Spiritual care. Nursing theory, research, and practice*, New Jersey: Prentice Hall.
- Taylor, P.B., Amenta, M. & Highfield, M. (1995). Spiritual care of oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 22, 31-39.
- Taylor, R. (1970) *Good and Evil*, Nova Iorque: Macmillan.
- Tillich, Paul (1976). *A Coragem de Ser*, São Paulo: Paz e Terra.

Wolf, S. (2011). *O sentido da vida. E por que razão é importante*, Lisboa: Editorial Bizâncio.

Yinger, Milton (1964). *Réligion, Societé, Persone*, Paris: Ed. Universitaires.



10. O diagnóstico de enfermagem angústia espiritual

10. O diagnóstico de enfermagem angústia espiritual

Sílvia Caldeira - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Emília Campos de Carvalho - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Margarida Vieira - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Diagnosticar em enfermagem

Diariamente diagnosticamos inúmeras vezes em múltiplas situações, mesmo que esse processo ocorra de modo inconsciente. Efetuamos julgamentos sobre os objetos, as atitudes, os fenómenos, numa perspetiva que associa uma vertente mais pessoal a uma mais contextual. Pela natureza da sua profissão, o enfermeiro diagnostica frequentemente e o diagnóstico é considerado uma etapa fundamental que integra o seu processo científico de trabalho, baseado no método de resolução de problemas e desenvolvido em etapas sequenciais mas cíclicas e, por vezes, simultâneas. O enfermeiro avalia, diagnostica, planeia as intervenções, realiza-as e por fim avalia os resultados. Como referem Carvalho, Cruz e Herdman o *“raciocínio clínico refere-se aos processos cognitivos que os clínicos usam para coletar informações do paciente, analisar os dados, gerar hipóteses e avaliar essas hipóteses. Esses processos permitem que o clínico se mova a partir de dados de avaliação, indicando sinais anormais, sintomas, estados de risco e/ou pontos fortes do paciente para hipóteses sobre a natureza do problema, ou sobre oportunidades de promoção de saúde”* (2013, p. 137). Tratando-se de pessoas humanas, este processo caracteriza-se pela sua complexidade, tal como refere Lunney (2004), ao considerar a interpretação das respostas humanas como complexa mas necessária no sentido de garantir o rigor do diagnóstico, que é uma etapa fulcral para a tomada de decisão ao preceder o planeamento das intervenções e ao influenciar os resultados dos doentes relativamente a esse diagnóstico, que se esperam positivos em relação à intervenção do enfermeiro.

A particularidade do diagnóstico de enfermagem relaciona-se com o contexto de onde emerge e com cada pessoa individualmente, apelando à interpretação de respostas humanas que são complexas e diversificadas e ao desenvolvimento de competências

para interpretar e ajuizar com rigor e adequação. Dessas competências destacamos as relacionais, científicas e técnicas.

Foi na segunda metade do século XX que a discussão acerca do diagnóstico de enfermagem, enquanto etapa formal do processo de enfermagem, foi tomando contornos mais evidentes. Em Portugal, estavam a decorrer alterações estruturais nos planos de formação de enfermagem, com uma maior ênfase no desenvolvimento de competências analíticas e críticas (Silva, 2011). Ainda, em 1996, verificou-se a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que enuncia a caracterização das intervenções de enfermagem autónomas e as intervenções de enfermagem interdependentes (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Relativamente ao processo de enfermagem são identificadas três gerações (Barros, 2009). A primeira caracteriza-se pela identificação e problemas compreendidos à luz de determinado enquadramento teórico que possibilita a definição e intervenções. A segunda geração relaciona-se com a utilização do diagnóstico de enfermagem e com as classificações de enfermagem. Nesta geração o raciocínio clínico caracteriza-se pelas hipóteses de diagnóstico confirmadas ou refutadas de acordo com os objetivos definidos. A terceira geração tem a particularidade de utilizar classificações de diagnósticos, intervenções e resultados. Nestas, o raciocínio caracteriza-se pela discriminação de indicadores de resultados que são avaliados após as intervenções.

As classificações nas profissões de saúde têm dois objetivos, um de natureza abstrata e outro de natureza concreta. O primeiro relaciona-se com a criação de conhecimento através da conceptualização e clarificação de fenómenos relevantes para a profissão. O segundo relaciona-se com a construção de uma base de fenómenos empíricos que auxilie os profissionais na sua prática clínica (Von Krogh, 2008). As classificações de conceitos ou de linguagem relevante à enfermagem são importantes instrumentos para organizar o conhecimento cada vez mais complexo, facilitar o raciocínio clínico e, por inerência, a prestação de cuidados (Carvalho, Cruz e Herdman, 2013).

As taxonomias da NANDA-I

A necessidade de identificar e classificar fenômenos relevantes aos cuidados de enfermagem permitiu o desenvolvimento de classificações próprias da disciplina, como são exemplo a classificação de diagnósticos da NANDA-Internacional (Herdman, 2012), a CIPE® - Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), a NIC - Nursing Intervention Classification (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010) e a NOC - Nursing Outcomes Classification (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010), embora os enfermeiros utilizem também outras classificações como a CIF.

A NANDA-I é uma classificação de diagnósticos de enfermagem. Essa classificação tem uma estrutura de relação hierárquica com fundamento científico definindo-se, por isso, como taxonomia (Von Krogh, 2008).

A primeira conferência norte americana, com o objetivo de discutir diagnósticos de enfermagem, ocorreu em 1973 na Universidade de St Louis. No entanto, a constituição da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) formalizou-se 9 anos depois, em 1982. Desde a data da sua criação até o ano 2000, a NANDA classificava os diagnósticos na taxonomia I e, atualmente, vigora a taxonomia II. A partir de 2002 a NANDA passou a designar-se NANDA-I (NANDA Internacional).

A NANDA-I define diagnóstico de enfermagem como: “um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem para o alcance de resultados que são responsabilidade do enfermeiro” (NANDA-I, 2010, p. 65).

O diagnóstico de enfermagem pode ser definido em sete eixos:

Eixo 1	Eixo 2	Eixo 3	Eixo 4	Eixo 5	Eixo 6	Eixo 7
Conceito diagnóstico	Sujeito do diagnóstico	Juízo	Localização	Idade	Tempo	Situação do diagnóstico

Os 13 domínios da taxonomia II são:

- Domínio 1 – Promoção da saúde
- Domínio 2 – Nutrição

- Domínio 3 – Eliminação e troca
- Domínio 4 – Atividade/Repouso
- Domínio 5 – Percepção/Cognição
- Domínio 6 – Autopercepção
- Domínio 7 – Papéis e relacionamentos
- Domínio 8 – Sexualidade
- Domínio 9 – *Coping*/Tolerância ao stress
- Domínio 10 – Princípios de vida
- Domínio 11 - Segurança/Proteção
- Domínio 12 – Conforto
- Domínio 13 – Crescimento/Desenvolvimento

O eixo 1 e 3 são essenciais para a definição de um diagnóstico. Os diagnósticos estão codificados com 5 dígitos, de modo a possibilitar a sua aplicação informática. Para que sejam integrados na NANDA-I, os diagnósticos devem ser submetidos à comissão de desenvolvimento de diagnósticos. Esta comissão atribui o nível de evidência ao diagnóstico, atendendo aos elementos que ele contém à data da submissão, de acordo com os seguintes níveis:

- No nível 1 - diagnósticos recebidos pela comissão de desenvolvimento de diagnósticos da NANDA-I
 - Nível 1.1 – têm apenas com o enunciado
 - Nível 1.2 – têm enunciado e definição
- No nível 2 – diagnósticos aceites para publicação e inclusão na taxonomia
 - Nível 2.1 – têm enunciado, definição, características definidoras ou fatores de risco, fatores relacionados e referências
 - Nível 2.2 – baseados numa análise de conceito relevante
 - Nível 2.3 – baseados em estudos de consenso relativos ao diagnóstico realizados por especialistas
- No nível 3 – diagnósticos com suporte clínico (validação e testes)
 - Nível 3.1 – Baseados em revisões integrativas de literatura
 - Nível 3.2 – Estudos clínicos relativos ao diagnóstico mas não passíveis de generalização à população

- Nível 3.3 – Estudos clínicos bem planejados, com amostras pequenas
- Nível 3.4 – Estudos clínicos bem elaborados, com amostra randomizada e significativa que permita a generalização

Ao consultar a taxonomia II podemos constatar que o nível e evidência 2.1 é o valor máximo atribuído atualmente aos diagnósticos. Este facto enfatiza a importância dos estudos de validação e a necessidade incrementar a evidência clínica, atendendo a que a classificação do nível de evidência proposta pela NANDA-I culmina no nível 3.4, atribuída aos diagnósticos que resultem de estudos clínicos bem elaborados, com amostras randomizadas e significativas, que permitam generalizar os dados.

O diagnóstico de enfermagem angústia espiritual

O diagnóstico angústia espiritual foi aprovado em 1978, resultado dos estudos de Cavendish, e foi revisto em 2002, após os estudos de Burkhart (Herdman, 2012). Em 1978, na 3.ª conferência Nacional de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, foram classificados pela primeira vez os diagnósticos “*spiritual concerns*”, “*spiritual distress*”, “*spiritual despair*”, que em 1980, na 4ª conferência, foram todos integrados no diagnóstico “*spiritual distress*” (Ellerhorst-Ryan, 1985).

Atualmente, o diagnóstico de enfermagem angústia espiritual (*spiritual distress-00066*) está classificado na classe 3 do domínio 10 da taxonomia II (NANDA-I, 2010, p. 398):

Domínio 10 – Princípios de vida – Princípios nos quais são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto a atos, costumes ou instituições, considerados verdadeiros ou dotados de valor intrínseco.

- Classe 1 – Valores – identificação e classificação dos modos de conduta ou estados finais preferidos.

Diagnósticos aprovados

Disposição para aumento da esperança (00185)

- Classe 2- Crenças – Opiniões, expectativas ou juízos sobre ações, costumes ou instituições entendidos como verdadeiros ou com valor intrínseco.

Diagnósticos aprovados

Disposição para o aumento de bem-estar espiritual (00068)

Disposição para o aumento da esperança (00185)

- Classe 3 – Congruência entre valores/crenças/ações – a correspondência ou o equilíbrio alcançado entre valores, crenças e ações.

Diagnósticos aprovados

Angústia espiritual (00066)

Risco de angústia espiritual (00067)

Conflito de decisão (00083)

Falta de adesão (00079)

Risco de religiosidade prejudicada (00170)

Religiosidade prejudicada (00169)

Disposição para aumento da religiosidade (00171)

Sufrimento moral (00175)

Disposição para aumento da tomada de decisão (00184)

O diagnóstico angústia espiritual define-se como a “capacidade prejudicada de experienciar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, arte, música, literatura e/ou um ser maior” (NANDA-I, 2010, p. 317). É constituído por vinte e oito características definidoras:

- Conexão consigo mesmo
 - Culpa
 - Coping* insatisfatório
 - Expressa falta de aceitação
 - Expressa falta de amor
 - Expressa falta de auto perdão
 - Expressa falta de coragem
 - Expressa falta de esperança
 - Expressa falta de finalidade na vida
 - Expressa falta de serenidade
 - Expressa falta de significado na vida
 - Raiva
- Conexão com os outros
 - Expressa alienação
 - Recusa integrar-se com líderes espirituais
 - Recusa integrar-se com pessoas significativas

Verbaliza estar separado de seu sistema de apoio

- Conexão com a arte, música, literatura e natureza

É incapaz de expressar estado de criatividade anterior (por exemplo cantar/ouvir música/escrever)

Não se interessa pela natureza

Não se interessa por literatura espiritual

- Conexão com um ser maior

É incapaz de experimentar o transcendente

É incapaz de participar em atividades religiosas

É incapaz de rezar

Expressa desesperança

Expressa raiva de Deus

Expressa sofrimento

Expressa sentimento de abandono

Incapacidade de introspecção

Mudanças repentinas nas práticas espirituais

Solicita conversar com um líder religioso

Desde que foi incluído na classificação o diagnóstico foi submetido a discussão crítica e modificações. Os *proceedings* da décima conferência, onde Dossey, Frish, Guzzetta & Burkhart (1994) apresentam uma reflexão crítica acerca do diagnóstico e da sua classificação no padrão valorizar. Defendem que o diagnóstico não reflete a atenção do enfermeiro ao espírito humano e consideram que o padrão é reducionista perante o significado da espiritualidade. Sugerem o termo “*spiriting*” para substituir o “*valuing*”, argumentando que é um termo que inclui todas as vertentes do espírito humano, nomeadamente os valores e o sentido de vida. Já nos *proceedings* da décima terceira conferência, é apresentado o relatório do grupo de trabalho dedicado ao diagnóstico angústia espiritual e são enunciadas algumas recomendações de investigação, como a realização de estudos em diferentes populações, priorização dos estudos clínicos com abordagem centrada no doente, estudos que permitam a validação de fatores etiológicos; recomendação de uma nova definição de angústia espiritual como “ruptura no sentido de conexão harmoniosa com toda a vida e universo na qual foram prejudicadas as dimensões que transcendem e fortalecem o *self*”; recomendações relacionadas com

alterações nas características definidoras; recomendação para aumentar o nível e evidência do diagnóstico para 2.2 ou 2.3 (Herdman et al., 1999).

Neste momento o diagnóstico mantém o nível de evidência 2.1, que significa que tem enunciado, definição, características definidoras, fatores relacionados e referências, sendo aceite para publicação e inclusão na taxonomia (NANDA-I, 2010). Para esta evolução têm contribuído os estudos de validação do diagnóstico.

Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual

Existem diferentes métodos para validar diagnósticos de enfermagem, tais como o modelo de Gordon e Sweeney que integra a realização de estudos retrospectivos, validação clínica e validação de diagnóstico diferencial (Fehring, 1986; Garcia, 1998; Chaves, 2008); o modelo de Hoskins (1989), composto por análise do conceito, validação por peritos e validação clínica; e os modelos de Fehring (1986, 1987, 1994), nomeadamente, o modelo de validação de conteúdo, o modelo de validação clínica, o modelo de validação diferencial e o modelo de validação etiológica. Estes modelos últimos modelos são menos utilizados na investigação, no entanto o modelo de validação diferencial pode constituir uma estratégia adequada à validação e um ou mais diagnósticos referentes a fenómenos muito semelhantes (Caldeira, Chaves, Carvalho, Vieira, 2012). O modelo de validação e conteúdo e o modelo de validação clínica de Fehring são os mais utilizados na validação de diagnósticos da NANDA-I (Chaves, Carvalho & Rossi, 2008; Pompeo, Rossi & Galvão, 2009; Davim, Araújo, Galvão & Mota, 2010).

Neste capítulo introduziremos ambos, porém apresentaremos os resultados de investigação relativa à fase de validação clínica.

O modelo de validação de conteúdo

O modelo de validação de conteúdo tem por objetivo obter a opinião de enfermeiros peritos acerca da relevância das características definidoras para o diagnóstico (Fehring, 1987, 1994). Um diagnóstico de enfermagem é válido quando as suas características definidoras representam precisamente o que é observado na prática clínica pelos enfermeiros (Garcia, 1998; Braga, 2003). Fehring sugere que o investigador desenvolva

uma revisão ampla de literatura prévia à validação, onde possa identificar características definidoras identificadas na literatura que não constem na taxonomia da NANDA-I, contribuindo para o desenvolvimento da taxonomia. Este modelo tem sido alvo de críticas que focam, essencialmente, a dificuldade em estabelecer critérios de identificação de enfermeiros peritos (Galdeano & Rossi, 2006; Carvalho, Mello, Napoleão, Bachion, Darli & Canini, 2008; Lopes, Silva & Araújo, 2013). São sete os critérios de seleção de peritos que, após avaliados, devem ter um score mínimo de 5 num total possível de 14 pontos possíveis, segundo Fering (Quadro 1).

Quadro 1 - Critérios para identificação de peritos segundo Richard Fehring (1994)

Critérios	Pontuação
Mestre em enfermagem	4
Mestre em enfermagem – dissertação com conteúdo relevante ao diagnóstico em estudo	1
Artigo publicado em revista com arbitragem científica sobre diagnósticos	2
Investigação publicada acerca de diagnósticos e com conteúdo relevante área em estudo	2
Tese de doutoramento acerca de diagnósticos	2
Experiência clínica de pelo menos um ano na área do diagnóstico em estudo	1
Certificação de prática clínica numa área relevante ao diagnóstico em estudo	2

A seleção dos peritos é a etapa que proporciona maior dificuldade aos investigadores (Levin, 2001; Galdeano & Rossi, 2006; Carvalho et al., 2008). É solicitado aos peritos que classifiquem cada característica definidora do diagnóstico, apresentada com a respetiva definição operacional, através de resposta numa escala tipo Likert de cinco níveis que correspondem ao nível de pertinência dessa característica definidora para o diagnóstico. A cada nível da escala de Likert faz-se corresponder:

- 1 (nada pertinente) = 0
- 2 (muito pouco pertinente) = 0,25
- 3 (de algum modo pertinente) = 0,50
- 4 (pertinente) = 0,75
- 5 (muitíssimo pertinente) = 1

Às características definidoras do diagnóstico em validação devem ser adicionadas características definidoras de outros diagnósticos, denominadas características fictícias.

O *score* de cada característica definidora corresponde à média da pontuação da mesma (soma da pontuação de todos os peritos para essa característica definidora, seguida da divisão pelo número de peritos). O resultado do *score* para cada característica definidora permite classificar as características definidoras como:

- Características definidoras principais, se igual ou superior a 0,80;
- Características definidoras secundárias, se superior a 0,50 e inferior a 0,80;
- Características irrelevantes, se igual e inferior a 0,50.

O *score* total do diagnóstico resulta da soma dos *scores* individuais, posteriormente dividida pelo número total das características definidoras, retiradas as tiverem *score* inferior a 0,50. É considerado validado o diagnóstico cujo *score* seja superior a 0,60 (Fehring, 1994).

A validação de conteúdo permite conhecer a opinião do grupo de peritos, mas esse método não assegura que essa opinião corresponda fielmente ao fenómeno (Parker, 1998). A validação do diagnóstico no contexto clínico é considerada mais fidedigna (Fehring, 1986, 1987; Parker, 1998; Chaves, Carvalho & Hass, 2010).

O modelo de validação clínica

O modelo de validação clínica tem por objetivo avaliar as características definidoras nos próprios doentes, nos quais o enfermeiro reconhece o diagnóstico que está a ser submetido a validação (Fehring, 1987, 1994). Lunney (1990) afirmou que a validação de alguns diagnósticos de enfermagem poderia ser impossível, porquanto é o doente o único e verdadeiro conhecedor do fenómeno e este apenas fornece aos enfermeiros parte da informação necessária para o diagnóstico. Atendendo a este aspeto, algumas estratégias deverão ser tomadas em consideração no sentido de minimizar este fenómeno e favorecer o rigor do diagnóstico, tais como a avaliação por mais do que um perito, a entrevista direta ao doente ou a aplicação de instrumentos de medida do fenómeno/construto em estudo.

Para os diagnósticos relacionados com respostas cognitivas ou emocionais, por isso mais subjetivas, é aconselhável uma abordagem direta ao doente, como a entrevista. Importa sublinhar que o *timing* em que decorre a validação é fulcral para determina-

dos diagnósticos, pois as características definidoras que indicam o diagnóstico num determinado momento podem modificar-se ao longo do tempo (Creason, 2004).

A proposta para uma nova definição

A dificuldade em definir espiritualidade é uma afirmação recorrente na literatura como um dos obstáculos à inclusão da espiritualidade na prática clínica (McSherry, 2000a, 2007, 2012; Narayanasamy, 2001; Koenig, 2007; Pesut, 2008; Caldeira, 2011). O conceito de espiritualidade tem também evoluído nos últimos anos (Ross, 2006; Pesut, Fowler, Taylor & Sawatsky, 2008). Porém, em Portugal, ainda é escassa a divulgação científica em enfermagem relacionada com a espiritualidade (Caldeira, Castelo-Branco & Vieira, 2011).

A angústia espiritual é um diagnóstico de enfermagem que se relaciona com a espiritualidade e que teve dois conceitos diferentes classificados pela NANDA-I, embora com algumas sugestões de modificação (Smucker, 1996; Herdman et al., 1999; Chaves, 2008). A última proposta de uma nova definição resultou do estudo de Chaves (2008), mas não foi assumida pela NANDA-I.

Angústia deriva do verbo latino *angere* (apertar afogar, estreitar) e significa “estado de inquietude, sofrimento, tormento” (Houaiss, 2003, p. 286). Esta inquietude e sofrimento derivam “da consciência de um destino pessoal sob o signo da liberdade ou da ameaça do nada” (Dicionário Porto editora, 2011, p. 11). Espiritual é “concernente ao espírito ou a ele pertencente” (Houaiss, 2003, p. 1599). A angústia espiritual parece ser um estado de sofrimento, inquietude e tormento relacionado com o espírito ou à espiritualidade. Uma das diretivas da NANDA-I reza que nos casos em que um diagnóstico é composto por dois termos, como é o caso da angústia espiritual, “cada um deles contribui com um sentido único ao conceito, como se os dois constituíssem um único substantivo” (NANDA-I, 2010, p. 66). O diagnóstico angústia espiritual seria, à luz da etimologia dos seus termos constituintes, um aperto espiritual, relacionado com a vida. Frequentemente os enfermeiros referem-se a esta angústia, a este aperto relacionado com a vida e o seu sentido, como a dor da alma.

A revisão de literatura permitiu-nos identificar outros termos utilizados para definir a angústia espiritual: dor espiritual, dor existencial, sofrimento existencial e sofrimento

espiritual. A dor ou sofrimento existencial é sempre espiritual e a dor ou sofrimento espiritual acontece porque é existencial. A revisão de literatura permitiu-nos constatar que o sofrimento relacionado com o sentido da vida é fulcral para o diagnóstico e, por fim, permitiu-nos perceber que a angústia relaciona-se com a espiritualidade e com o bem-estar espiritual. Desta revisão propomos manter o enunciado do conceito como “angústia espiritual” e alterar o seu conceito para “estado de sofrimento relacionado com a capacidade prejudicada de encontrar sentido na vida através da conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo e com um Ser Maior” (Caldeira, Carvalho, Vieira, 2013)¹.

A revisão integrativa da literatura permitiu identificar 10 estudos de validação do diagnóstico, desde 1987 até 2008. Trinta e sete artigos constituíram a amostra e foram enumerados 37 indicadores clínicos de angústia espiritual. Destes indicadores, verificou-se que alguns constavam na NANDA-I, porém outros não constavam. Por outro lado, alguns que estavam classificados na NANDA-I não foram identificados na revisão (Caldeira, Carvalho, Vieira, 2013). Ainda na análise destes resultados, verificou-se que alguns indicadores clínicos, escritos de modo distinto, pareciam ter o mesmo significado, pelo que se procedeu a uma fase de análise semântica entre os 35 resultados da revisão e as 28 características definidoras da NANDA-I, a partir da qual, resultou 40 indicadores clínicos que forma submetidos à validação em contexto clínico.

Validação clínica em doentes com cancro

A validação clínica foi realizada num hospital de dia de hemato-oncologia, numa amostra de 170 doentes adultos, que não estivessem na primeira sessão de quimioterapia, em estado de bem estar e orientados, que consentissem participar e que não tivessem laços de proximidade à investigadora. Os 170 doentes foram entrevistados para preenchimento de um formulário constituído por 5 partes: dados demográficos; 40 indicadores clínicos com definição operacional e escala de resposta dicotómica; diagnóstico de angústia espiritual pelo investigador; questionário de bem

¹ Esta proposta foi submetida à comissão de desenvolvimento de diagnósticos da NANDA-I, foi submetida a votação dos membros e foi aceite para integrar a edição 2015-2017 da taxonomia.

estar espiritual (Gouveia, Marques & Pais-Ribeiro, 2009); confirmação/negação de angústia espiritual pelo doente.

Considerou-se um doente em angústia espiritual quando havia concordância dos três critérios: diagnóstico pelo investigador, confirmação do doente de estar em angústia espiritual e valor do questionário de bem estar espiritual igual ou inferior a 3.

Nesta fase de investigação, o participante tipo foi do sexo feminino, católico, com 56,2 anos, com o diagnóstico de cancro há 24 meses e em tratamento há 15 meses. Os 3 tipos de cancro mais frequentes foram cancro da mama (42,4%), cancro do intestino (14,7%) e cancro do pulmão (7,1%).

Ao aplicar os três critérios de identificação do diagnóstico, verificamos a existência de angústia espiritual e 69 doentes, o que equivale a uma prevalência de 40,8%.

O valor médio de bem-estar espiritual (BEE) foi 3,37 na totalidade da amostra, contudo existem diferenças significativas entre doentes com o diagnóstico e sem o diagnóstico. Nos doentes em angústia espiritual, o BEE surge com uma média de 2,74. Nos doentes sem angústia espiritual surge com média igual a 3,9. Concluimos que os doentes em angústia espiritual têm menor valor de BEE que os doentes sem angústia espiritual (com diferenças significativas, atendendo a que o valor de prova do teste (p) foi inferior a 0,05).

Tabela 1 – Características definidoras principais, secundárias e irrelevantes
(Caldeira, 2012)¹

Classificação	Características definidoras	Angústia espiritual (Investigador*Doente*BEE)			
		Sim		Não	
		(n=69)		(n=100)	
		n	%	n	%
Principais	Expressa sofrimento	68	98,6	16	16,0
	Ansiedade	67	97,1	56	56,0
	Preocupação com a família	66	95,7	77	77,0
	Alienação	65	94,2	13	13,0
	Choro	65	94,2	51	51,0
	Questiona a sua identidade	64	92,8	74	74,0
	Questiona o sentido da vida	62	89,9	42	42,0
	Medo	61	88,4	68	68,0
	Falta de serenidade	57	82,6	16	16,0
	Insónia	57	82,6	46	46,0
	Fadiga	57	82,6	59	59,0
	Incapacidade em ter a criatividade como anteriormente	56	81,2	27	27,0
Secundárias	Questiona sentido do sofrimento	47	68,1	19	19,0
	Falta de esperança	41	59,4	9	9,0
	Falta de sentido na vida	38	55,1	4	4,0
	Recusa relacionar-se com pessoas significativas	36	52,2	10	10,0
Irrelevantes	Mudanças repentinas nas práticas espirituais	34	49,3	26	26,0
	Sentimento de inutilidade	29	42,0	9	9,0
	Sentimento de luto	29	42,0	8	8,0
	Falta de aceitação	28	40,6	10	10,0
	Perda de controlo	26	37,7	8	8,0
	Afastamento de Deus	24	34,8	3	3,0
	Desinteresse pela natureza	20	29,0	3	3,0
	Desinteresse em participar em atividades religiosas	18	26,1	3	3,0
	Falta de coragem	18	26,1	5	5,0
	Sentimento de culpa	16	23,2	17	17,0
	Raiva	15	21,7	8	8,0
	Recusa integrar-se com líderes espirituais	12	17,4	13	13,0
	Falta de confiança	12	17,4	8	8,0
	Solicita assistência espiritual	11	15,9	13	13,0
	Necessidade de perdão	11	15,9	15	15,0
	Incapacidade em rezar	10	14,5	2	2,0
	Raiva contra Deus	10	14,5	2	2,0
	Falta de amor	8	11,6	6	6,0
	Desinteresse por literatura espiritual	6	8,7	2	2,0
	Preocupação com o seu sistema de crenças e valores	5	7,2	4	4,0
Questiona a sua dignidade	5	7,2	6	6,0	
Verbaliza estar separado do seu sistema de apoio	1	1,4	2	2,0	
Incapacidade em experimentar a transcendência	1	1,4	1	1,0	
Sentimento de abandono	0	0,0	0	0,0	

¹ Devido a 1 *missing data*, a amostra ficou reduzida a 169 doentes, para o tratamento dos indicadores e BEE.

Ficaram classificadas como características principais:

Expressa sofrimento; ansiedade; preocupação com a família; alienação; choro; questiona a sua identidade; questiona o sentido da vida; medo; falta de serenidade; insónia; fadiga e incapacidade em ter criatividade como anteriormente.

Como características secundárias: *questiona o sentido do sofrimento; falta de esperança; falta de sentido na vida e recusa relacionar-se com pessoas significativas.*

As restantes características foram classificadas como irrelevantes.

No global da amostra tínhamos identificado 50% de doentes com a característica definidora *expressa sofrimento*. Existem doentes que confirmaram sofrimento, mas que não estão em angústia espiritual, pois o número de doentes que expressam sofrimento é superior ao número de doentes em angústia espiritual. Este dado corrobora a sugestão da proposta de alteração do conceito de angústia espiritual como um estado de sofrimento, no entanto, nem sempre o sofrimento significa estar em angústia espiritual.

Encontrámos valores significativos no que se refere à presença de metástases e ao consumo de antidepressivos. Assim, 34,7% dos doentes com BEE inferior ou igual a 3 têm metástases e 38,9% tomam antidepressivos. A maioria dos doentes (mais de 80%) com BEE superior a 3 não tem metástases nem toma antidepressivos. Salientamos que, mesmo tomando antidepressivos, 38,9% dos doentes obtiveram BEE inferior a 3. A depressão é uma experiência profundamente espiritual, porque afeta a pessoa em todo o seu ser e em toda a sua existência (Swinton, 2003). Não obstante a semelhança entre algumas características definidoras de angústia espiritual e os sintomas e sinais de depressão, ambas também têm sido definidas como situações distintas (Burnard, 1987; Kennedy & Cheston, 2003; Grant, Murray, Kendall, Boyd, Tiller, & Ryan, 2004; Brown, Whitney, & Duffy, 2006). Foi-nos possível verificar que 34,8% dos doentes que têm metástases estão em angústia espiritual. Dos doentes que tomam antidepressivos, 15% dos doentes não está em angústia espiritual e 39,1% está em angústia espiritual, logo, é maior o número de doentes que tomam antidepressivos e que estão em angústia espiritual do que o número de doentes que tomam antidepressivos e que não estão em angústia espiritual. No entanto, existe 60,9% de doentes que está em angústia espiritual e não toma antidepressivos.

Ao calcularmos o valor de especificidade e de sensibilidade das características definidoras, concluímos que “expressa sofrimento” é um altamente sensível (98,6%) e que a

“falta de sentido na vida” é altamente específica (96%). A análise Odd Ratio permitiu-nos concluir que a probabilidade de um doente estar em angústia espiritual foi 85,3 vezes superior em doentes que sentiam falta de sentido na vida.

Considerações e implicações para a enfermagem

A prevalência do diagnóstico angústia espiritual confirma a atenção que é necessária pelos enfermeiros aos doentes, na medida em que é um fenómeno real e relevante para a saúde e bem-estar da pessoa naquela sua circunstância de vida. Alguns resultados alertam-nos para a importância do diagnóstico diferencial entre a situação patológica de depressão e o diagnóstico de enfermagem angústia espiritual, porquanto identificámos doentes que, mesmo a consumir antidepressivos, estavam em angústia espiritual. Por outro lado, foi de particular interesse constatar que a maioria dos doentes em angústia espiritual não consome antidepressivos. Consideramos que seria útil conhecer como é que os doentes vivenciam a angústia espiritual e que significados atribuem a esse estado de sofrimento na sua vida. Este conhecimento acerca das respostas humanas no processo de doença seria valioso para a sistematização do conhecimento acerca da espiritualidade em enfermagem.

A identificação das características definidoras principais e secundárias, bem como as características mais sensíveis e específicas para o diagnóstico, também colocam ao dispor dos enfermeiros elementos que poderão facilitar o rigor no diagnóstico, neste contexto particular de doentes em situação de doença oncológica.

A angústia espiritual constitui um estado de sofrimento de natureza espiritual e a espiritualidade é individual, subjetiva e multidimensional, pelo que emerge a necessidade de realizar estudos de validação deste diagnóstico em outros contextos. Também constatámos nas entrevistas o carácter intermitente da angústia espiritual, na medida em que alguns doentes reconheciam já ter estado em angústia e não confirmarem esse estado naquele momento, pelo que sugerimos estudos de validação longitudinais permitiriam conhecer quais as características definidoras em diferentes momentos do diagnóstico angústia espiritual, ao longo do processo de doença.

Referências bibliográficas

- Braga, C. & Cruz, D. (2003). A taxonomia II pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 240-244.
- Brown, A., Whitney, S. & Duffy, J. (2006). The physician's role in the assessment and treatment of spiritual distress at the end of life. *Palliative and Supportive Care*, 4(1), 81-86.
- Bulechek, G., Butcher, H. & Dochterman, J. (2010). NIC – Classificação das intervenções de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Burnard, P. (1987). Spiritual distress and the nursing response: theoretical considerations and counseling skills. *Journal of Advanced Nursing*, 12(3), 377-382.
- Caldeira, S. (2011). *A espiritualidade no cuidar – um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de ler.
- Caldeira, S., Castelo Branco, Z. & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal, *Revista Referência*, 5, 145-152.
- Caldeira, S.(2012). Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual. Tese de doutoramento em enfermagem. Universidade Católica Portuguesa.
- Caldeira, S., Chaves, E., Carvalho, E. & Vieira, M. (2012). Validação de diagnósticos de enfermagem – o modelo diferencial como estratégia. *Revista de Enfermagem da UFPE online*, 6(6), 1441-1445.
- Caldeira, S., Carvalho, E., Vieira, M. (2013). Spiritual distress – proposing a new definition and defining characteristics. *International journal of Nursing Knowledge*, 24(2), 77-84.
- Carvalho, E., Cruz, D., Herdman, T.(2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da enfermagem. *Revista brasileira de Enfermagem*, 66 (esp), 134-141.
- Carvalho, E., Mello, A., Napoleão, A., Bachion, M., Darli, M. & Canini, S. (2008). Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 10(1), 235-240.
- Chaves, E. (2008). *Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual*. Tese de doutoramento, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil.

- Chaves, E., Carvalho, E. & Rossi, L. (2008). Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 513-520.
- Chaves, E., Carvalho, E. & Hass, V. (2010). Validação do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual: análise por especialistas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 264-270.
- Creason, N. (2004). Clinical validation of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(4), 123-132.
- Davim, R., Araújo, M., Galvão, M. & Mota, G. (2010). Revisão de literatura sobre diagnósticos de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 4(3), 1023-1030.
- Dossey, B., Frish, N., Guzzetta, C. & Burkhart, M. (1994). American Holistic Nurses' Association. In R. Carrol-Johnson & M. Paquete (Eds). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (160-167). Philadelphia: Lippincott.
- Ellerhorst-Ryan, J. (1985). Selecting an instrument to measure spiritual distress. *Oncology Nursing Forum*, 12(2), 93-94, 99.
- Fehring, R. (1986). Validation - validating diagnostic labels: standardized methodology. In M Hurley (Ed). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the sixth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (183-190). St Louis: Mosby.
- Fehring, R. (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung*, 16(6), 625-629.
- Fehring, R. (1994). The Fehring Model. In R. Carrol-Johnson & M. Paquete (Eds). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (55-62). Philadelphia: Lippincott.
- Galdeano, L. & Rossi, L. (2006). Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para selecção de expertos. *Ciência, Cuidado e Saúde* 5(1), 60-66.
- Garcia, T. (1998). Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 11(3), 24-31.
- Gouveia, M., Marques, M. & Pais Ribeiro, J. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura fatorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285-293.

- Grant, E., Murray, S., Kendall, M., Boyd, K., Tiller, S. & Ryan, D. (2004). Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease: A qualitative study. *Palliative and Supportive Care*, 2(4), 371-378.
- Herdman, T. (Ed.). (2012). *NANDA International - Nursing Diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Herdman, H. et al. (1999). Spiritual distress. In M Rantz & P. Lemone (Eds). *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the thirteenth conference of North American Nursing Diagnosis Association* (612-614). California: Cinahl Information Systems.
- Hoskins, L. (1989). Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In R. M. Carroll-Johnson (Ed.). *Classification of Nursing diagnoses: Proceedings of the eighth*
- Houaiss, A. (2003). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, Lisboa: Temas e Debates.
- Kennedy, C. & Cheston, S. (2003). Spiritual distress at life's end: finding meaning in the maelstrom. *The Journal of Pastoral Care and Counseling*, 57(2), 131-141.
- Koenig, H. (2007). *Spirituality in patient care – why, how, when and what*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Levin, R. (2001). Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. *Nursing Diagnosis*, 12(1), 29-30.
- Lopes, M., Silva, V., Araújo, T. (2013). Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 649-655.
- Lunney, M. (1990). Accuracy of nursing diagnoses: concept development. *Nursing Diagnosis*, 1(1), 12-17.
- Lunney, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem – estudos de caso e análises*. Porto Alegre: Artmed.
- McSherry, W. (2000a). *Spirituality in nursing practice: an interactive approach*. Londres: Churchill Livingstone.
- McSherry, W. (2007). *The meaning of spirituality and spiritual care within nursing and health care practice*. London: Quay Books.
- McSherry, W. & Smith, J. (2012). Spiritual Care – principles, values and skills. In W. McSherry, R. McSherry & R. Watson – *Care in nursing* (117-131). Oxford: Oxford University Press.

- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2010). *NOC – Classificação dos resultados de enfermagem*. 4ª ed.. Rio de Janeiro: Elsevier.
- NANDA International (2010). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011* (R. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2009).
- Narayanasamy, A. (2001). *Spiritual care: a practical guide for nurses and health care practitioners*. Wilshire: Quay Books.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Silva, M. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem – estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.
- Parker, L. (1998). Moving beyond content validation of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 9(4), 144-150.
- Pesut, B. (2008). A conversation on diverse perspectives of spirituality in nursing literature. *Nursing Philosophy*, 9(2), 98-109.
- Pesut, B., Fowler, M., Taylor, E. & Sawatsky, R. (2008). Conceptualizing spirituality and religion for health care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2803-2810.
- Pompeo, D., Rossi, L. & Galvão, C. (2009). Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(4), 434-438.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852-862.
- Smucker, C. (1996). A phenomenological description of the experience of spiritual distress. *Nursing Diagnosis*, 7(2), 81- 91.
- Swinton, J. (2003). *Spirituality and mental health care*. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Von Krogh, G. (2008). An examination of the NANDA International taxonomy for domain completeness, ontological homogeneity, and clinical functionality. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(2), 65- 75.

