



8ª Edição

Abril-Junho 2008

Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
Ano 3, Nº 8
ISSN 1646-5067

Editor

António Freitas

Coordenação Científica

Lucília Nunes

Comissão Científica

Armandina Antunes

Alice Ruivo

Joaquim Lopes

Paula Leal

Sérgio Deodato

Colaboradores Permanentes

Ana Paula Gato

Cândida Ferrito

Dulce Cabete

Fernanda Costa

Lurdes Martins

Mariana Pereira

Paulo Cruchinho

Revisão pelos Pares

Regras de Publicação: N.º 5, 2007

Contactos

lucilia.nunes@ess.ips.pt

antonio.freitas@ess.ips.pt

Os artigos, aprovados pelo
C.C. para esta edição são da
exclusiva responsabilidade
dos seus autores.

Sumário

EDITORIAL 2

ENFERMAGEM

*Não Há Sempre... Nem Há Nunca: as vivências do casal na Andropausa
- Intervenção do Enfermeiro* 3
Ana Macedo, Célia Monteiro, Filipa Queiroz,
Inês Arcadinho e Joana Mestrinho

Parto e Puerpério: Perspectiva Multicultural em Portugal 9
Ana Patrícia Pereira, Filipa Frade, Marta Niza,
Mª João Costa, Nádya Andrade, Susana Miranda

*A verdade ao Cliente - Considerações Ético-Morais e Deontológicas
a propósito de um Caso* 16
Cláudia Silva, Carla Oliveira, Joaquim Carvalho,
Liliana Silva, Rosa Santiago

*Arquitectura da informação clínica de enfermagem para os sistemas
de informação em saúde - Considerações para o
desenvolvimento de um modelo de documentação* 25
Paulo Cruchinho

Editorial

Armandina Antunes

Crescendo e Partilhando

Ainda sob a marca do início de mais um ano lectivo estamos perante a Percursos nº 8, que, podemos dizer reflete em parte o estar desta escola, mais propriamente no que reporta à Área Disciplinar de Enfermagem.

Da continuidade dos projectos iniciados em anos anteriores, como os Cursos de Licenciatura, ao retomar de outros, como um novo Curso de Licenciatura adequado a Bolonha, assim como a abertura das Pós graduações em Enfermagem de Saúde Mental e Enfermagem Médico Cirúrgica (ambas na 2ª edição) à preparação de novos cursos como a Pós Graduação em Controlo de Infecção e Saúde, ou em programas mais curtos de formação contínua, vai-se construindo conhecimento que generosamente se partilha com os leitores da Percursos.

Os artigos constantes nesta revista perpassam algumas das áreas de desenvolvimento que aqui se vão vivendo, tanto no ensino pré graduado, **Não Há Sempre... Nem Nunca: as vivências do casal na Andropausa – Intervenção do Enfermeiro**, reflectindo a atenção ao cliente adulto em fase de *meiidade*; **Parto e Puerpério: Perspectiva Multicultural**, espelhando o cuidado pensado a partir da individualização dos clientes de diferentes culturas cada vez mais presentes e marcantes nos nossos contextos; quanto no pós graduado, **A Verdade ao Cliente – Considerações Ético-Morais e Deontológicas a propósito de um Caso**, a partir da experiência de quem lida com situações dilemáticas no seu dia-a-dia, apresenta uma reflexão fun-

damentada tocando a complexidade das decisões na vivência clínica; e ainda no desenvolvimento daqueles que tomam a seu cargo o ensino de enfermagem **Arquitectura da informação clínica de enfermagem para os sistemas de informação em saúde**, tema actual e absolutamente necessário particularmente quando pensamos nos *frutos* que se podem obter a partir da sua construção, discussão e implementação.

A publicação destes artigos se por um lado reflectem o já referido desenvolvimento, espelham igualmente o respeito pelo trabalho tanto de estudantes, quanto professores, quanto orientadores de estudantes em ensino clínico. De facto, o desenvolvimento da área disciplinar e dos projectos assenta tanto no reconhecimento quanto no respeito e apoio ao crescimento destes actores que, só trabalhando a par vão contribuindo para a consecução da ideia de escola que se pretende.

E este, sendo um sinal de abertura e abrangência, é também um convite a todos quantos crescem na enfermagem, do contexto da escola e na área clínica, e se preocupam com *aquela* que no fundo é o nosso objecto de cuidado – a pessoa sã ou doente, individualmente ou em grupo. De facto é desta forma que se constrói e se vai consolidando conhecimento em enfermagem, por forma a suportar melhor a tomada de decisão, mas também a tornar mais visível esse(s) saber(es).

Não Há Sempre...Nem Há Nunca

Vivências do casal na Andropausa

– Intervenção do Enfermeiro

Ana Macedo, Célia Monteiro, Filipa Queiroz,
Inês Arcadinho e Joana Mestrinho *

Resumo

A fase da meia-idade é caracterizada por mudanças significativas a nível psicológico, emocional, social e de aparência física. Dão-se também alterações fisiológicas marcadas pela diminuição da produção de hormonas sexuais.

A Andropausa, assim como a Menopausa, não podem ser abordadas unicamente como fenómenos biológicos, mas como fases que influenciam a expressão da sexualidade, cuja vivência, no envelhecimento, é bastante influenciada social e culturalmente.

Nesta fase de avaliação do seu ciclo de vida o casal, deve estar preparado para lidar com as alterações da sua vida sexual, para evitar situações de mal-estar ou que precipitem o fracasso das relações. O enfermeiro de cuidados de saúde primários deve incentivá-los a estarem presentes nas consultas de enfermagem, de forma a esclarecerem as suas dúvidas e a receberem apoio para ultrapassar esta fase em conjunto. No caso da Andropausa, o homem precisa de compreender o que irá ou está a vivenciar, e a sua companheira necessita desse conhecimento para o apoiar.

Palavras-chave: Andropausa, idade adulta, envelhecimento, sexualidade

Abstract

The middle-age phase is characterized by significant changes in the psychological, emotional, social and physical appearance. There are physiological alterations marked by the reduction of the production of sexual hormones.

The Andropause and the Menopause cannot be classified solely as a biological phenomenon, but as phases that influence the expression of sexuality, whose experience, in aging, is sufficiently influenced socially and culturally.

In this phase of the evaluation of the life cycle, the couple, must be prepared to deal with the alterations of its sexual life, to prevent unhappy situations or if they precipitate the failure of the relation. The nurse of primary health care must persuade the couple to be present at nursing consultations, so that to clarify any doubts the couple might have and to receive support to overcome this situation together as a couple.

In the case of the Andropause, it is necessary for the man to understand what he will go through, and his partner must have the right knowledge to provide him support.

Key-words: Andropause, adulthood, aging, sexuality

* Estudantes do 6º CLE da ESS-IPS
- Artigo revisto pela Prof. Fernanda Gomes da Costa,
Responsável pela Unidade Curricular de Enfermagem VI

Introdução

Este artigo surge no âmbito na Unidade Curricular de Enfermagem VI, do 3ºAno 2ºSemestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. A opção pelo tema "*A Mulher e a andropausa do companheiro*" resultou na decisão de abordar esta temática do ponto de vista geral das vivências da sexualidade na idade adulta tardia.

Desta forma, temos como objectivo geral compreender as vivências do casal na expressão da sua sexualidade nos períodos da andropausa e menopausa e a forma como o enfermeiro poderá intervir nesta etapa. Apesar do tema inicial se debruçar apenas sobre a andropausa do ponto de vista da mulher, considerámos importante fazer a ligação com o processo da menopausa, porque, se bem que não constitua uma regra, estes períodos cruzam-se simultaneamente em ambos os membros do casal.

Vivências da sexualidade na idade adulta tardia

Na idade adulta ocorrem mudanças em vários aspectos da vida das pessoas. Este período é marcado pelo início da carreira profissional e saída de casa dos pais. Na vertente da sexualidade, as pessoas nesta faixa etária procuram manter relações mais estáveis, e construir a sua própria família¹. Na progressão da idade as pessoas adquirem cada vez mais compromissos e deveres, o que leva a que os adultos à medida que vão envelhecendo tenham uma vida sexual menos activa. Estes aspectos psicossociais, entre outros, bem como as contínuas alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, estão presentes na andropausa e na menopausa que

alguns autores defendem não serem períodos obrigatórios que a pessoa tenha que vivenciar. Ambas as situações são geralmente difíceis de lidar, causando problemas de identidade e género¹. Por consequência, pode gerar-se instabilidade dentro do casal e a uma maior convicção dos indivíduos de que não serão capazes de ultrapassar estes processos. Contudo é um facto que o desejo, os interesses sexuais e a capacidade de enamoramento não se desvanecem com a idade². Efectivamente a sexualidade no processo de envelhecimento, é ainda um tabu. Factores como a saúde física dos indivíduos, preconceitos sociais, auto-estima diminuída, baixo grau de conhecimento sobre a sexualidade e *status* conjugal, afectam o comportamento e resposta sexual na idade adulta tardia³. Com o aumento da esperança média de vida, há cada vez mais indivíduos na chamada idade adulta tardia (50 anos) pelo que emerge a necessidade do estudo das alterações fisiológicas e psicossociais que ocorrem a partir desta idade⁴.

Andropausa vs Menopausa

A andropausa consiste num processo de modificações hormonais que se caracteriza pela diminuição dos níveis da hormona masculina testosterona, o que pode conduzir, ao aparecimento de sinais e sintomas como: a diminuição na vitalidade; maior probabilidade de depressão; mudanças de humor; distúrbios do sono; dificuldades na concentração; aumento do volume da próstata; fadiga; diminuição da massa muscular; rarefacção óssea, que pode levar à osteoporose; diminuição da libido; disfunção sexual na erecção (impotência) e também a alterações das relações sociais e forma de pensar do homem. O diagnóstico da andropausa é confirmado, tendo em conta os sinais e sintomas supracitados e a reali-



zação o exame físico e análises para a avaliação dos seguintes parâmetros: a diminuição do volume dos testículos, a consciência testicular, cicatrizes cirúrgicas, e dosagem de testosterona total e livre. A percepção destes sinais e sintomas é dificultada pelo facto da não ocorrência da andropausa em todos os homens⁵.

O homem não perde a sua capacidade reprodutiva acopolada. O número total de espermatozoides não muda com a idade, nem os seus parâmetros funcionais, mas a motilidade dos mesmos parece ser amplamente alterada⁴.

Em casos agudos, a andropausa pode ser causada por: atrofia testicular, supressão hormonal, uso de medicamentos antiandrogênicos, lesões causadas em cirurgias (hérnia inguinal, e outras), torção do testículo ou por castração acidental⁵.

Alguns autores, defendem que o termo andropausa não é o mais recomendado para designar este quadro clínico, sendo mais apropriado falar-se em Insuficiência Androgenica Parcial do Homem Idoso (IAPHI)⁴.

Na mulher o processo correspondente designa-se por menopausa, que consiste numa alteração fisiológica que leva à cessação permanente de períodos menstruais e capacidade de reprodução feminina como resultado da perda de actividade folicular ovárica e não libertação de óvulos pelos ovários devido à inexistência de produção de hormonas sexuais femininas, que se dá entre os 50-60 anos de idade^{6,7}.

Antes da menopausa, ocorre o climatério, período onde estão presentes a maioria dos sintomas e que dura cerca de 4 anos, até à cessação da menstruação^{6,7}. Mais de 75% das mulheres manifestam sintomas como: períodos menstruais irregulares, afrontamentos (sensação de calor e rubor, com sudorese profusa na cabeça e tronco), diminuição da lubrificação das paredes vaginais, atrofia vaginal, aumento da pressão arterial, aumento de peso, suores nocturnos, alterações do padrão de sono, cefaleias, fadiga, humor deprimido ou disfórico, falta de concentração e diminuição da libido^{6,7}. Podem surgir, também, neste período distúrbios psicosexuais, alterações da auto-

imagem, sobretudo relacionados com o processo de envelhecimento⁶.

Actualmente com o aumento da esperança média de vida e com a melhoria dos cuidados de saúde, as pessoas no período da idade adulta tardia encontram à sua disposição bastantes recursos (terapia de reposição hormonal, entre outros) e informações que podem utilizar para melhorar a sua vida sexual e por sua vez melhorar a sua qualidade de vida^{3,6}.

Vivências do casal no envelhecimento e na sexualidade

A sexualidade não podendo ser vista exclusivamente do ponto de vista biológico, deve-se considerar o contexto em que se insere a pessoa/casal, que é influenciado directamente por factores psicológicos, sociais e culturais⁴.

Nesta fase do ciclo de vida, em que o homem e/ou a mulher (um casal pode ser constituído por indivíduos em diferentes fases) se deparam com o envelhecimento e com todas as mudanças inerentes, encontram-se perante um momento de reflexão, que pode originar diferentes crises, reacções e problemas, como é o caso dos problemas ao nível da vivência da sexualidade no casal, tais como o desinteresse e/ou abandono da sexualidade^{3,4}.

Possíveis explicações para estas questões são: as condições de saúde decorrentes do processo de envelhecimento; experiências de vida relativas à qualidade da relação sexual e do casal; inibições e conflitos pré-existentes podem intensificar-se e, consequentemente, afastar o casal emocionalmente³. Um estudo realizado por Fernandez *et al.* (2005) corrobora algumas destas possíveis explicações, pois evidenciou a existência de factores promotores da relação sexual: desenvolvimento de uma vida sexual e conjugal satisfatória e de qualida-

de, atitude positiva face à sexualidade e envelhecimento, equilíbrio físico e psicológico⁸.

Social e culturalmente, existem algumas questões que influenciam directamente as vivências da sexualidade do casal aquando do envelhecimento. A sobrevalorização da juventude e do belo constituem barreiras, sobretudo para as mulheres, tanto na vivência do seu processo de envelhecimento como da sua sexualidade. A auto-estima das mulheres tende a ficar comprometida, pois com o envelhecimento a sua imagem deixa de corresponder aos padrões sociais, refugiando-se no cumprimento dos seus deveres de mãe, esposa e nos cuidados à família^{3,9}.

Por outro lado, os homens socialmente são mais afectados pela perda de ascensão social e poder, ao se aposentarem⁴. Efectivamente, o homem tende a sentir que perde a função de líder e experiencia sentimentos de insegurança perante a mulher, uma vez que no seio do lar é ela que assume os principais papéis, é "*o centro do afecto, do aconchego, dos cuidados*"⁹. Assim, tem tendência a retrai-se perante os impulsos sexuais, o que pode originar uma relação de "*protecção-obediência assexual*" (sente-se filho da companheira) ou a procura de reviver a juventude através de relações extra-conjugais. Estas situações geram sofrimento psicológico nas mulheres que continuam a manifestar o desejo de manter relações sexuais com os seus companheiros⁹.

Além disso, o estereótipo de que "os mais velhos" se aposentam da sua sexualidade e de qualquer manifestação nesse sentido indicia senilidade, condiciona os comportamentos destes, nesta área da sua vida. São, de certa forma, censurados pelos seus descendentes que socialmente os pressionam a manter uma determinada postura face à sexualidade, como resposta a este mesmo

estereótipo⁹. Citando Vasconcelos *et al.* (2004) "(...) *entre as múltiplas exigências adaptativas que as alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos enfrentam dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções, sobretudo aqueles relativos à sexualidade que a sociedade atentamente vigia e sanciona*"³.

Para ultrapassar as mudanças impostas nesta fase do ciclo de vida, é imprescindível que o casal esteja devidamente preparado. Caso contrário, se não conseguir lidar com as alterações da sua vida sexual, cedendo à situação e permitindo que o mal-estar se instaure, a relação do casal tende a fracassar⁴.

Intervenção de Enfermagem

O Enfermeiro precisa estar desperto para que consiga identificar possíveis alterações na relação do casal que podem ser causadas pela andropausa do homem. Dadas as consequências descritas deste período, o casal poderá sofrer algumas alterações no seu padrão de sexualidade, relacionamento interpessoal e expressão de sentimentos e emoções. Neste aspecto o enfermeiro pode apoiar o casal a ultrapassar as principais dificuldades sentidas por cada elemento.

Na realidade, é o enfermeiro de cuidados de saúde primários que tem um contacto privilegiado com as rotinas do casal. Assim poderá incentivar o casal a estar presente em consultas de enfermagem onde possam ser esclarecidas algumas dúvidas acerca das alterações físicas e emocionais que advêm da andropausa. Estes esclarecimentos demonstram-se importantes tanto para o homem que as irá ou está a vivenciar, como para a sua mulher que necessita de compreender aquilo que se passa com o seu companheiro e, assim, poder apoiá-lo e evitar problemas na relação do casal.

No decorrer das consultas de enfermagem o enfermeiro deve reforçar a relação terapêutica com o casal, construída na base da confiança, para que tanto a mulher como o homem se sintam à vontade para partilhar aspectos da sua intimidade. Dado que nesta fase do ciclo da vida de uma pessoa subsistem estereótipos em relação à sua sexualidade que a leva à inibição na partilha de informação.

Assim, para além de possíveis questões que o casal possa colocar, e para as quais o enfermeiro deve estar preparado para responder ou para encaminhar a outro profissional (se for necessário), não deve descurar a abordagem de alguns temas. Por exemplo, explicar as alterações no sistema reprodutor feminino e masculino no processo de envelhecimento pode mostrar-se importante para que sejam desmistificados alguns mitos como o da ausência de prazer na mulher durante as relações sexuais após a menopausa, ou a ausência da capacidade de erecção no homem após a andropausa.

É importante que o enfermeiro, sobre a mulher, esclareça que: as mudanças vão ocorrendo subtil e gradualmente e que não têm uma idade certa para ocorrer, pois depende de cada pessoa. O enfermeiro deve ressaltar que todas estas alterações fisiológicas da mulher não reduzem o prazer da mulher durante o acto sexual, pois as respostas fisiológicas à estimulação sexual mantêm-se, embora mais lentamente¹⁰.

Nos homens também ocorrem alterações fisiológicas durante o período de andropausa que devem ser explicadas ao casal como: atrofia ligeira dos testículos, contudo a sua função mantêm-se activa; o líquido seminal reduz em quantidade; a próstata aumenta o seu volume, o que pode levar à compressão da uretra e provocar problemas urinários; a erecção e ejaculação alteram-se, pode diminuir ligeiramente a sua capacidade e frequência. Apesar de todas estas

mudanças fisiológicas o homem mantém a aptidão erétil até cerca dos 80 a 90 anos¹⁰. O enfermeiro deve também reforçar que apesar de todas as alterações que possam diminuir a capacidade sexual, a libido é mantida em ambos os elementos do casal. Segundo alguns estudos, embora a frequência das relações sexuais seja diminuída mantêm um elevado grau de satisfação¹⁰.

Considerações Finais

Para além dos aspectos fisiológicos, revela-se importante o enfermeiro abordar o casal acerca de possíveis alterações emocionais no período da andropausa. Devido a todas as alterações e ao medo da perda das suas capacidades, o homem pode mostrar-se ansioso e com diminuição da auto-estima. Por isso, a disponibilidade demonstrada pelo enfermeiro para ajudar, esclarecer e apoiar no sentido de reduzir a ansiedade do homem ou do casal, aumentar a auto-estima do homem e assim promover uma boa relação entre o casal para que este seja capaz de ultrapassar as suas dificuldades no processo de adaptação a esta fase do ciclo de vida e suas consequências. A mulher quando detentora de saberes inerentes às alterações fisiológicas e morfológicas do homem na andropausa está habilitada a ser o elemento de equilíbrio na relação do casal, caminhando com... numa vida a dois.

Bibliografia

- ¹ SILVA, Luísa Ferreira da – *Promoção da Saúde*. 1ª Edição. Lisboa: Universidade Aberta, 2002. ISBN 972-674-361-3;
- ² LÓPEZ, Félix; FUERTES, Antonio – *Para Compreender a Sexualidade*. 1ª Edição. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. 1999. ISBN: 972-8291-04-3
- ³ VASCONCELLOS, Doris, *et al.* – A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. *Estudos de Psicologia*. ISSN: 1413-294. Vol. 9, nº3. (Setembro-Dezembro 2004), pi:413-pf:419. Disponível em: <http://www.scielo.br/>; 20/03/08, 22:32.
- ⁴ BULCÃO, Carolina *et al.* – Aspectos fisiológicos, cognitivos e psicossociais da senescência sexual. *Ciências e Cognição*. Vol. 1.(Março, 2004), pi:54-pf:75. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/>; 10/03/08, 13:46.
- ⁵ Andropausa. Disponível em: <http://www.portaldeginecologia.com.br/>; 01/03/08, 21:03.
- ⁶ O'REILLY, Barry *et al.* – *Ginecologia e Obstetrícia*. 1ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-06-2.
- ⁷ Sociedade Portuguesa de Menopausa- Disponível em: <http://www.spmenopausa.pt/>; 19/03/08. 17:00.
- ⁸ FERNANDEZ, Márcia Rodrigues *et al.* – Sexualidade no período climatérico: situações vivenciadas pela mulher. *Revista Escola Enfermagem USP*. ISSN 0080-6234. Vol. 39, nº 2. (Junho, 2005), pi:129-pf:135. Disponível em: <http://www.scielo.br/>; 24/03/08, 15:59.
- ⁹ NEGREIROS, Teresa – Sexualidade e género no envelhecimento. *Revista Alceu*. ISSN 1518-8728. Vol. 5, nº 9. (Julho-Dezembro, 2004), pi:77-pf:86. Disponível em: <http://publique.rdc.puc-rio.br/>; 20/03/08, 22:36.
- ¹⁰ BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle. – *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7.

Parto e Puerpério: Perspectiva Multicultural em Portugal

Ana Patrícia Pereira, Filipa Frade, Marta Niza,
M^a João Costa, Nádía Andrade, Susana Miranda*

Resumo

O presente artigo visa uma revisão bibliográfica dos conteúdos relativos às vivências do parto e puerpério das mulheres que pertencem às minorias étnicas mais significativas em Portugal. Pela metodologia seguida, foram discutidas as comunidades cigana, brasileira, ucraniana e cabo-verdiana. Os resultados evidenciam que as experiências de parto e puerpério são vivenciadas de forma bastante diferente tendo em conta a cultura inerente à mãe.

Palavras-chave: Parto, puerpério, minorias étnicas, cultura, crenças, Portugal.

Abstract

This article is a literature review of content relating to the birth and puerperium's experiences of women who belong to the most significant ethnic minorities in Portugal. According to the methodology followed, it was discussed the gypsy, Brazilian, Ukrainian and Cape Verdean communities. The results show that the experiences of childbirth and the puerperium are lived quite different given the culture that is inherent to the mother.

Key words: Birth, puerperium, Ethnic minorities, culture, believes, Portugal.

Introdução

O presente artigo visa o estudo da influência da cultura sobre as vivências do parto e puerpério pela mulher em Portugal. Como tal, torna-se pertinente a abordagem dos conteúdos inerentes ao conceito de cultura e a forma como esta condiciona os constructos de Saúde e Doença de um grupo, os seus valores, ideais e crenças. Esta temática é relevante pelo número crescente de imigrantes em Portugal que recorrem aos serviços de saúde procurando uma resposta apropriada por parte dos profissionais. Assim, apresentam-se e analisam-se os traços culturais que envolvem a experiência do parto e puerpério em determinados grupos étnicos, no sentido de proporcionar ao profissional de saúde, um conhecimento mais abrangente que lhe permita

uma intervenção mais próxima e adequada às necessidades da pessoa enquanto ser biopsico-sociocultural e espiritual, inserido na sociedade.

Metodologia

As minorias étnicas apresentadas, sobre as quais se efectuou a revisão bibliográfica dos conteúdos inerentes às vivências sobre o parto e puerpério, foram seleccionadas com base nas Estatísticas de Imigração ¹. Deste modo, seleccionaram-se as três minorias étnicas mais significativas: brasileiros (14,9%), ucranianos (14,7%) e cabo-verdianos (14,3%) ¹.

Quanto à população de etnia cigana não foram encontrados dados que sustentem um número exacto de indivíduos, pois não apresentam distinção dos demais cidadãos portugueses. Contudo, aceita-se que existam entre 20 a 90 milhares de indivíduos desta etnia em Portugal ². Relativamente à população Cabo-verdiana, foi

* Estudantes do 6º CLE da ESS-IPS

- Artigo revisto pela Prof. Fernanda Gomes da Costa, Responsável pela Unidade Curricular Enfermagem VI

efectuada uma entrevista semi-directiva, na tentativa de colmatar a escassa informação disponível acerca da temática em foco.

O papel do Enfermeiro é abordado ao longo de todo o artigo, reflectindo uma análise contínua dos conteúdos abordados, pelo que se encontra destacado em itálico.

Cultura

A cultura específica de cada época, área geográfica ou grupo, cria normas de comportamento, e expectativas para fases do ciclo de vida³. Estas envolvem as tradições de cada comunidade, pelo que devem ser estudadas para uma melhor compreensão acerca dos modos de expressão que são adoptados⁴. A percepção e conotação dos acontecimentos de vida é cultural (e condicional), o que influencia a utilização dos serviços de saúde⁵.

A maternidade constitui uma experiência única e irrepetível na vida da mulher, na qual se deverá enaltecer a diversidade cultural e as diferenças que esta comporta, afastando atitudes etnocêntricas⁴. Contudo, embora se defenda a singularidade e o valor das diferentes culturas seria desejável que, relativamente a áreas ligadas à saúde (e em especial à Saúde Materna), se desse uma aculturação^{5;6}. *O enfermeiro deve perceber que a mulher experiêcia a maternidade em todas as suas dimensões. Os cuidados devem ser culturalmente sensíveis, considerando as experiêcias anteriores, a informação e a percepção que a mulher tem da situação. Não deve impor o seu saber ou percepção dos acontecimentos, sob pena de dificultar o processo de trabalho de parto*^{6;7}.

As tradições incluem crenças que reflectem a cultura tradicional, o folclore mágico e, por vezes, a religião, sendo referentes à Saúde Materna reflectem ainda os papéis masculinos e femininos. Aquelas variam com o grau de aculturação e nível educacional, por exemplo. Assim, pessoas pertencentes a determinada etnia podem adoptar alguns, todos ou nenhum dos comportamentos associados à sua cultura^{4;6}. Caso estes não sejam aceites, a mulher

pode deixar de recorrer à IS (Instituição de Saúde), refugiando-se no sistema popular, recheado de práticas, por vezes, perigosas⁷. É importante perceber o que, culturalmente, as mulheres esperam receber dos enfermeiros. Estes além de valorizar práticas culturais inócuas, devem explorar outras de modo a perceber a sua perigosidade, caso exista perigo deve utilizá-las num processo de modificação de hábitos e educação para a saúde diminuindo os riscos.

A diversidade cultural e religiosa da população residente em Portugal responsabiliza o país em proporcionar cuidados de saúde em resposta às particularidades étnicas da mesma, sob pena daqueles não serem de qualidade: o mesmo se aplica aos cidadãos de cultura ocidental⁸.

As Mulheres Ciganas

Aceita-se que a população cigana esteja em Portugal há 6 séculos; a recusa de aculturação desta etnia conduziu à exclusão social, o que a tornou vulnerável^{2;9}.

O sexo é um tabu e as mulheres ciganas são desconfiadas com estranhos e têm pudor de expor-se da cintura para baixo, pelo que podem recusar serem atendidas por profissionais do género masculino^{2;9}. *Entendendo esta recusa e providenciando, sempre que possível, que os cuidados sejam prestados por enfermeiras prestar-se-ão cuidados culturalmente competentes. É importante criar uma relação de confiança eficaz. Deve informar-se a mulher da possibilidade de o parto ter de ser efectuado por um médico.*

Esta é uma população de risco nos critérios da OMS, pois os casamentos são precoces (14-16 anos), maioritariamente endogâmicos e a gravidez é o seu complemento natural e um elemento social e culturalmente integrante – 'ritual' de passagem para a vida adulta^{3;9}. Esta conjuntura aumenta a taxa de natalidade precoce e o número médio de filhos⁹. As mulheres dirigem-se às instituições de saúde apenas em situação de perigo e fazem-no com angústia. Adoptam apenas as práticas de saúde que consideram benéficas sem se submeter à lógica biomédica^{2;9}. Consideram parte da feminilidade parir

sem ter de recorrer a IS, o que é ainda associada a problemas intra-parto. Não é percebida a necessidade de acompanhamento médico, embora por vezes este seja realizado nos primeiros e/ou no último mês^{2;3}. *Há que esclarecer que o acompanhamento médico da gravidez pode despistar situações de perigo (doenças congénitas, gravidez de risco) e, ainda, que no seio da IS os seus familiares serão bem-vindos, diminuindo a angústia. Importa explicar à mulher que, se for múltipara, o parto poderá dar-se rapidamente, pelo que é desejável que no início do trabalho de parto se dirija a uma IS. Deve ressaltar-se que a organização tem regras que a mulher deve cumprir. É imprescindível a formação culturalmente sensível e a colaboração multidisciplinar e intersectorial. Caso não ocorram intercorrências na gravidez/parto, poderá ser mais fácil fazer com que as mulheres acompanhem gravidezes subsequentes.*

As grávidas não são consideradas doentes e o parto dá-se, normalmente, no domicílio. É aceite que se recorra a IS no primeiro parto, mas não nos seguintes. Este é encarado como sendo natural, sem riscos e um processo no qual a mulher não precisa de cuidados de saúde especiais³. Assim, no puerpério também não se dispensam cuidados de saúde especiais ao recém-nascido (RN) ou à mulher, que deve retomar a actividade rapidamente³. O parto é realizado por curiosas e a morte da mãe ou da criança durante o parto é um mau agouro para toda a família⁹. Na concepção cigana tradicional as IS são impuras pelo que as puérperas podem recusar a alimentar-se das refeições confeccionadas naquelas^{3;9}. *O enfermeiro deve esclarecer que o parto tem, inevitavelmente, riscos, mas que realizá-lo numa IS os reduz substancialmente; e também que caso existam complicações estas serão mais facilmente resolvidas numa IS. Deve explicar-se que tipos de movimentos a mulher deve evitar fazer imediatamente após o parto (especialmente se cesariana). Caso a mulher considere a IS impura os profissionais devem respeitar a sua concepção e incentivar a família a levar alimentação adequada.*

Na primeira semana o pai não deve ver a puér-

pera nem o filho, e por uma quarentena não deve tocar-lhes, porque, até que a criança seja baptizada – com água corrente, estão impuros. Pelo mesmo motivo tudo o que foi tocado durante a gravidez, o processo de parto e a quarentena deve ser destruído⁹. Na quarentena o pai não deve receber visitas. O RN partilha a cama com a mãe e deve ter uma lâmpada acesa perto de si até ao baptismo⁹. *Deve respeitar-se a separação do casal e criar condições para a puérpera ser regularmente visitada pela pessoa significativa. É imprescindível que, em consultas domiciliárias pós-parto, o profissional conheça a tradição para prestar cuidados que respeitem toda a família. O enfermeiro deve alertar a puérpera para o risco de partilhar a cama com o RN (sufocamento, alergias) e sugerir que, em alternativa, a mãe coloque o RN dentro de uma alcofa, e coloque esta em cima da cama. Deve providenciar uma fonte de luz durante o internamento, mas alertar para os riscos que isso pode acarretar no domicílio (curto-circuito, incêndio em caso de velas).*

As Mulheres Brasileiras

Nos hospitais públicos do Brasil, em 1993, 31% dos partos realizados foram cesarianas, e estes valores não tendem a diminuir, embora a OMS recomende que apenas 15% o sejam. Este aumento da taxa de incidência de partos por cesariana verifica-se desde a década de 70, o que levou os profissionais de Saúde Materno-infantil a reponderar o seu conceito de humanização do parto, aumentando os estudos de investigação relacionados com esta temática. Segundo os investigadores, a medicalização do parto encontra-se ligada ao aumento progressivo da percepção deste como um acto patológico^{10;11;12;13;14}.

De acordo com os profissionais, o aumento do número de cesarianas realizadas justifica-se, maioritariamente, pela preferência da mulher. Estes (80%) consideram que as mulheres solicitam cesariana, por medo do parto vaginal. O temor da dor durante o trabalho de parto e as preocupações com a imagem corporal são os motivos mais enumerados^{10;13;14}.

Todavia, estudos comprovam a discrepância entre a visão dos profissionais e das mulheres: aqueles inferem que a grande maioria das grávidas preferem o parto vaginal à cesariana por a dor a que estão sujeitas durante o pós-operatório acarretar maiores transtornos e que mulheres com acesso a informação adequada compreendem que o parto vaginal não traz prejuízo para a sua função sexual e que a cesariana as expõe, bem como aos seus filhos, a maiores riscos. Em suma, os estudos parecem indicar que persistem crenças erradas relacionadas com o parto vaginal e uma assumida preferência pela cesariana, por consequência da falha na comunicação entre profissionais e gestantes^{10;13;14}. *Embora, o aumento dos partos por cesariana seja justificado pela solicitação da mulher, torna-se imperativo analisar quais os conhecimentos que sustentam tal pedido, isto é, qual a qualidade da informação a que a mulher teve acesso e que condiciona a sua decisão. No que se reporta à percepção da realidade em Portugal, torna-se fulcral para os profissionais de enfermagem que acompanham uma grávida imigrante do Brasil, proceder igualmente a essa avaliação.* As grávidas são frequentemente influenciadas pelas vivências do parto das suas mães, irmãs, entre muitas outras mulheres com quem contactam, pelo que se pressupõe que as crenças sobre o parto fluem entre gerações e dentro da comunidade. Assim admite-se que as ideias face ao parto sejam já parte da cultura destas mulheres¹⁴. *Quando a grávida se dirige ao profissional de saúde, deve ser recebida e apoiada de forma sensível a todas as suas dimensões – dentro das quais emerge a cultural.*

Outro aspecto de extrema relevância, sobejamente descrito, é o receio da grávida de que os profissionais reprimam ou condenem as suas queixas de dor; este pode ser outro motivo para optar por um parto medicalizado^{10;14; 15;16}. *Assim, evidencia-se igualmente como uma função do profissional de enfermagem o estabelecimento de uma relação com a cliente que privilegie a partilha de informação e a expressão livre de sentimentos, sem juízos de valor, de modo a favorecer o empoderamento da grávida para a*

toma de decisão sobre o parto. Importa salientar, ainda, que a educação para a saúde constitui um importante factor predisponente ao aumento da auto-estima da grávida, pois é frequente que a mulher se sinta inapta para o desempenho do papel de mãe. A facilitação de conhecimentos, durante a gravidez, relativos aos cuidados a ter com o recém-nascido, diminui a ansiedade perante o período do puerpério.

As Mulheres Ucrainianas

Na Ucrânia, o parto era percebido como um acontecimento natural, mas igualmente ritualista e simbólico. Seria requerida a acção de uma mulher com experiência que executasse cuidados à mãe e ao RN e também os rituais adequados: mesinhas, citação de 'fórmulas' e previsão do futuro da mulher e do seu filho¹⁷. Até à primeira metade do século XX, esperava-se que a curiosa possuísse o "talento" para praticar os rituais – algumas delas clamavam ter recebido o seu conhecimento de Deus. Estes requisitos eram mais valorizados que a formação: embora o primeiro curso para parteiras tenha sido iniciado no século XVIII, 90% das parturientes ucranianas não recebiam cuidados de uma profissional¹⁷. Era habitual pedir à parturiente para andar em torno de uma mesa, em cujos cantos haveria sido colocado sal. Apesar deste rito ser simbólico, hoje estudos inferem que deambular nas primeiras horas do trabalho de parto reduz a sua duração^{17;18}.

O futuro pai sempre desempenhou certas funções durante o parto: chamar a curiosa e levá-la até à casa onde se encontrava a parturiente e sentar a mulher no seu colo, prestando-lhe apoio se houvesse dificuldade no parto. Era habitual parir-se ajoelhada ou "de cócoras"¹⁷.

Depois do nascimento o RN era cuidadosamente observado e esperava-se um choro vigoroso. A criança era considerada como um adulto em miniatura, procurando-se inseri-la na realidade e ajudá-la no processo de integração no nascimento. Por tal, era uma função das curiosas 'massajar' e 'puxar' as mãos e pés da criança, pressionar a cabeça e o queixo, entre outros

ritos, que auxiliariam a formação da aparência externa da criança, assemelhando-a à do adulto. Posteriormente o recém-nascido era lavado e imobilizado com faixas de tecido, para promover uma 'postura correcta'. Estes actos revelam que o corpo do recém-nascido era percebido como moldável ¹⁷.

Após o parto a puérpera e a curiosa deveriam lavar as mãos e antebraços – ritual de purificação indispensável à realização de outro parto. No dia seguinte, a curiosa preparava para a puérpera uma refeição denominada var, que incluía cereais, batatas e queijo ¹⁷.

O decorrer do século XX transportou as mudanças. Actualmente na Ucrânia, à semelhança dos países ocidentais, a gravidez é encarada como patológica. Apenas 1% dos partos decorrem no domicílio e mais de dois terços das mulheres são internadas anteriormente ao início do trabalho de parto, provavelmente devido à organização do Sistema de Saúde ¹⁹.

Muitos dos cuidados obstétricos prestados ao longo dos tempos parecem hoje absurdos. Por outro lado, pode constatar-se que determinados actos, anteriormente executados de forma ritualista, mantêm-se actualmente, embora modificados e sob uma justificação científica. Apesar de tudo, nem todo o simbolismo foi esquecido, é obvio que a importância para a grávida e sua família de determinados rituais face ao nascimento, depende do modo como a família se relaciona com a sua cultura ¹⁷. *Assim, o papel do enfermeiro consiste primordialmente em avaliar como a mulher e sua família vivem a gravidez e idealizam o parto, bem como o cuidar do recém-nascido. Para além da informação ligada à organização dos Serviços de Saúde Nacionais e aos cuidados de obstetria recomendados, é importante dar a conhecer à mulher quais os recursos existentes na comunidade a que pode aceder, como por exemplo aulas de preparação para o parto.*

Relativamente aos cuidados prestados à criança, é relevante explicar à mãe que a imobilização do recém-nascido é, actualmente, apenas realizada

em casos específicos (como, por exemplo, para a execução de determinados procedimentos médicos) e que não se relaciona com a postura da criança.

As Mulheres Cabo-verdianas

Em Cabo-Verde existem ainda muitas barreiras socioculturais que dificultam a promoção da saúde sexual e reprodutiva como um processo integrado na vida da comunidade. Entre estes ressalva-se a poligamia, a multiplicidade de parceiros sexuais, a dependência da mulher relativamente ao homem e a posição do sector religioso face à utilização de contraceptivos ²⁰. Verifica-se que neste contexto a gravidez precoce assume uma prevalência significativa que pode ser explicada pela ineficácia dos métodos contraceptivos adoptados, tais como o coito interrompido ('método natural' cit.).

A grande maioria da população é de origem camponesa, incorporando consigo valores e comportamentos tradicionais ²¹. A maternidade é vivenciada um pouco à margem do Planeamento Familiar ou Serviço de Protecção Materno-Infantil. Ao vivenciar os primeiros sinais e sintomas de gravidez, tais como amenorreia e náuseas, a mulher 'sente-se grávida'. A gravidez é confirmada através de uma observação no Centro de Saúde (CS), sem recurso a exames complementares de diagnóstico que confirmem fielmente o estado de gravidez. Esta consulta médica designa-se 'controlo' e é realizada em cada trimestre. Contudo, a mulher não é dotada de instrumentos que lhe permitam compreender o processo e adaptar-se ao papel de mãe. *Deste modo, considera-se pertinente que o enfermeiro estimule a mulher no sentido de se dirigir à IS para esclarecer toda e qualquer dúvida relativamente à gravidez, parto e puerpério, demonstrando disponibilidade para que se possa criar uma relação de ajuda e confiança que favoreça a prestação de cuidados.*

O parto dá-se sobretudo no CS mais próximo, contudo existe ainda preferência pelo domicílio onde é notória a actuação das 'curiosas', podendo a parturiente adoptar qualquer posição que

lhe seja mais confortável. Apenas nos casos de gravidez de risco a mulher é aconselhada a dirigir-se ao hospital mais próximo da sua localidade, onde a enfermeira irá guiar a parturiente que assume a posição de decúbito dorsal. Importa referir que não é comum a administração de anestesia no parto e que a cesariana só pode ser efectuada em contexto hospitalar. *Neste sentido o enfermeiro deve actuar realizando a preparação para o parto. Deve informar a mulher relativamente às vantagens de o efectuar numa IS tendo em conta a panóplia de recursos humanos e materiais disponíveis, bem como da possibilidade de ser administrada uma anestesia que possa minorar a dor sentida aquando do parto.*

Ao regressar ao domicílio a mulher assume todas as tarefas domésticas e os cuidados a prestar ao bebé, sem que haja colaboração da parte do companheiro. Por tal, o enfermeiro deve procurar envolver o companheiro no processo, respeitando os seus limites culturais.

As crenças e rituais associados à maternidade ocorrem sobretudo no puerpério: nos três meses que se seguem ao parto, a mulher não deverá lavar a cabeça, sob risco da diminuição da qualidade do leite, que pode mesmo 'secar'; só deverá tomar um banho completo cinco dias após o parto, mas deverá higienizar a região genital; são aconselháveis refeições 'fortes' mas não 'pesadas', tais como canja de galinha, caldo de coelho, juntando ao caldo onde ferveu a carne, farinha de milho, mandioca ou batata-doce. Existe ainda a crença de que a mulher não deverá baixar a cabeça ao nível dos joelhos, pois são relatadas histórias de mulheres em que "o sangue lhes subiu à cabeça e enlouqueceram", mito que estará possivelmente relacionado a uma situação de patologia mental no puerpério. *Assim, o enfermeiro deverá alertar a mulher quanto à importância da realização de uma boa higiene total para a prevenção de infecções, bem como a necessidade de adequar a alimentação às suas necessidades actuais, e ainda quais os movimentos que deverá evitar, sobretudo se efectuar uma cesariana, i.e., desmistificando crenças que se apresentem como*

prejudiciais para a saúde da puérpera.

Conclusão

A cultura influencia o modo como a mulher vivência a maternidade. As suas crenças, medos e reacções são condicionados por ela, tal como pela informação que a grávida possui, pelas experiências passadas e pelo modo como manifesta a sua herança cultural.

Os cuidados de enfermagem culturalmente sensíveis emergem como uma necessidade incontornável, devido à elevada taxa de imigrantes que procuram os serviços de saúde materna e obstétrica portugueses. Compreensivelmente esta tarefa não é de todo livre de complexidade, pois o enfermeiro tem o dever de respeitar o direito da mulher de cumprir os rituais integrantes da sua etnia e, simultaneamente, de proteger a saúde da mulher e da criança, que pode ser arriscada por consequência de acções influenciadas por crenças erróneas.

O enfoque deste artigo esteve nas particularidades culturais apresentadas por mulheres pertencentes a minorias étnicas em Portugal, durante o parto e o período do puerpério. De uma forma sumária pode inferir-se que, independentemente da nacionalidade da mãe e sua família, os cuidados de enfermagem devem ser fundados numa atitude empática, sem a qual não podem ser considerados de qualidade.

Bibliografia

1. ACIME, Estatísticas de Imigração. Lisboa (2005). www.acime.gov.pt 09-03-2008 10:20
2. FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO - Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde. Madrid (2007). http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_pt.pdf 16-03-2008 21:20
3. SILVA, Luísa Ferreira da - Saúde/doença é questão de cultura – Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal. Lisboa: Acime (2005). ISBN 989-8000-01-5. <http://www.ciga-nos.pt/UserFiles/Files/>

ciganos2.pdf 14-03-2008 23:05

4. COUTO, Germano – Preparação para o parto. 4ª Edição. LOURES: Lusociência (2003). ISBN: 972-8383-63-0

5. BOBAK, Irene; LOWDERMILK, Deitra; JENSEN, Margaret - Enfermagem na Maternidade. LOURES: Lusociência (1999). ISBN: 972-8383-09-6

6. BEZERRA, Maria Gorette Andrade; CARDOSO, Maria Vera Lucia Moreira Leitão - Fatores Culturais Que Interferem Nas Experiências Das Mulheres Durante O Trabalho De Parto E Parto. Rev Latino-am Enfermagem. ISSN 0101-1169. (2006) <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a16.pdf> 15-03-2008 11:30

7. MACHADO, Claudia Maria Diaz – O Cuidado Educativo Transcultural no Processo Puerperal. Universidade Federal de Santa Catarina. (2002). <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0408.pdf> 15-03-2008 12:10

8. SANTINHO, Maria Cristina - Contextos Migratórios, Particularidades Culturais e Abordagens específicas no Campo da Saúde. (2006) <http://www.apantropologia.net/publicacoes/actascongresso2006/cap3/CristinaSantinhoVF.pdf> 15-03-2008 12:25

9. NUNES, Olímpio – O Povo Cigano. 2ª Edição. Lisboa: Reichmann & Afonso Editores. (1996). ISBN 972-1864

10. CAMARA, Michella F. B.; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Maria Alves – Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem. ISSN 1518-1944. Vol.2, nº1. (2000). <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/675/751> 15-03-2008 11:40

11. CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José – Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol.13, nº6. (2005), pp.960-967. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf> 15-03-2008 11:00

12. DAVIM, Rejane Marie Barbosa; MENEZES, Rejane Maria Paiva de – Assistência ao parto normal no domicílio. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol.9, nº6. (2001), pp.62-68. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7828.pdf> 15-03-2008 10:45

13. FAUNDES, Aníbal; et al. – Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Revista Saúde Pública. ISSN

0034-8910. Vol.38, nº.4. (2004), pp.488-494. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n4/21076.pdf> 15-03-2008 12:05

14. HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; et al. – O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cadernos de Saúde Pública. ISSN: 0102-311X. Vol.18, nº5. (2002), pp.1303-1311. <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n5/11003.pdf> 15-03-2008 12:20

15. MELLEIRO, Marta Maria; GUALDA, Dulce Maria Rosa – A abordagem fotoetnográfica na avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. Revista Texto & Contexto Enfermagem. ISSN: 0104-0707. Vol.15, nº1. (2006), pp.82-88. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71415110.pdf> 15-03-2008 12:55

16. RODRIGUES, Dafne Paiva; SILVA, Raimunda Magalhães da; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho – Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. Revista Enfermagem UERJ. ISSN 0104-3552. Vol.14, nº2. (2006), pp. 232 - 238. <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reuerj/v14n2/v14n2a13.pdf> 15-03-2008 11:20

17. BORIAK, Olena – The Anthropology of Birth in Russia and Ukraine: The Midwife in Traditional Ukrainian Culture: Ritual, Folklore and Mythology. Journal of the Slavic and East European Folklore Association. Vol.VII, nº2. (2002), pp.29-49. <http://www.arts.ualberta.ca/SEEFA/fall02.pdf> 18-03-2008 15:15

18. MAMEDE, Fabiana Villela, et al. – A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. Revista Latino-Americana de Enfermagem. ISSN 0104-1169. Vol.15, nº6. (2007), pp.1157-1162. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/15.pdf> 17-03-2008 17:10

19. SELTZER, Judith, et al. – Assessment of Reproductive and Maternal Health in Ukraine. 2003. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACW471.pdf 17-03-2008 18:00

20. VERDEFAM, Saúde Sexual e Reprodutiva em Cabo Verde. <http://www.cvtelecom.cv/verdefam/> 16-03-2008, 19:0521. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA CABO VERDE - Censo 2000 – Fecundidade. Cabo Verde: INE (2000). <http://www.ine.cv> 18-03-2008, 22:43

A verdade ao Cliente: Considerações Ético-Morais e Deontológicas a propósito de um Caso

Cláudia Silva, Carla Oliveira, Joaquim Carvalho
Liliana Silva, Rosa Santiago

RESUMO

Este trabalho enquadra-se no 5º Seminário de Enfermeiros Orientadores de Ensino Clínico da Escola Superior de Saúde - IPS – Setúbal, incidindo nas dimensões éticas e pedagógicas dos enfermeiros orientadores. Na praxis de enfermagem é frequente o confronto com situações dilemáticas envolvendo a transmissão de informação ao cliente ou a sua omissão, consoante os aspectos éticos e deontológicos envolvidos. A informação é devida ao cliente por exigência do respeito pela sua autonomia e dignidade, porém, para que o cliente possa fazer pleno uso desses princípios e dos seus direitos deve conhecer a verdade, pois só assim poderá tomar decisões livres e esclarecidas. A presença, necessária e incontestável, de estudantes de enfermagem a realizar ensinamentos clínicos nos serviços leva a que o enfermeiro se confronte assim, enquanto Profissional e enquanto Orientador, com a necessidade de desenvolver competências e assumir responsabilidades inerentes às duas funções, que lhe permitam, também, numa relação de proximidade e ajuda, preparar o estudante para o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade do futuro Profissional.

Palavras-chave: Dilema ético; Confidencialidade; Enfermagem; Ensinos Clínicos.

ABSTRACT

This assignment was held on the sequence of the fifth seminar of nurse orient internship, of the Escola Superior de Saúde – IPS – Setúbal, bearing in mind the ethical and pedagogic dimensions of nurse orienting.

In nursing praxis it is frequent, confront with dilemmatic situations involving the transmission of information to the client or its omission, depending on ethical and deontological aspects involved. Information is owed to clients because of the need to respect their dignity and autonomy. But for the clients to use these principals and rights they must know the truth.

The necessary and uncontested presence of nursing students doing their internship in the services, lids the nurse orienting to confront as a Professional as well as an orienteer with the need to develop competence and to assume responsibility, of their functions, which will allow them in a proximity and helping relation to prepare students for the development of safe practice and the quality of the professional future.

Keywords: Ethic dilemma; confidentiality; nursing; internships.

Considerações iniciais

A informação que é facultada ao enfermeiro quer pela família da pessoa internada, amigos, ou outras fontes, respeitante a si próprio ou ao processo saúde/doença, e aquela que podemos fornecer a esse mesma pessoa, continua a constituir-se em verdadeiros dilemas éticos, principalmente em casos clínicos que englobam situações patológicas incuráveis, socialmente associadas a morte e sofrimento, implicando inúmeras considerações éticas, morais e psicológicas.

Em situações como a que pretendemos analisar é difícil encontrar a “melhor solução”. Jaspers chamou-lhes “situações limite”, em que está em jogo, o viver ou o morrer, situações que envolvem a angústia do sofrimento, e dos riscos das decisões inabaláveis (Barahona Fernandes 1998, p. 810).

Ao escolhermos ser enfermeiros, assumimos um compromisso honesto de cuidar dos que precisam da nossa ajuda, e é esta verdade que deverá estar sempre presente nas nossas acções,

conscientes que os contributos da ética na assistência à pessoa, contribuem para que se desenvolva o respeito pela sua condição humana.

Se pensarmos que o acto de cuidar nos reporta às relações que estabelecemos com as pessoas, só assumindo a reflexão ética como indispensável podemos permitir que as nossas intervenções se baseiem no respeito contínuo. Será a nossa capacidade de avaliarmos o nosso agir, os nossos comportamentos, de pensarmos se as nossas acções são dignas ou indignas que permitirá melhorar o nível de assistência prestada.

Segundo Figueiredo (2004, p. 120), citando Lazure (1994, pp. 51-53) o respeito "É uma forma de restituir o outro a si mesmo, acreditar que o ser humano é único". Segundo esta autora a admiração pelo outro e o reconhecimento estão muito próximos do respeito, porém, este leva a exigências mais amplas de contemplação. Podemos considerar que contemplamos a dignidade do doente sempre que demonstramos respeito pelos seus direitos como pessoa humana. Mas respeitar os direitos de cada um, subentende o dever de não agir simplesmente por dever mas colocar nas nossas acções a intencionalidade e a adequação exigidas por cada indivíduo.

A este respeito, a ética do dever, baseada nas teorias de Kant, define que as acções deverão ser orientadas pelo dever ditado pela razão. Segundo Ramos (2005, p. 180) cit. Kant, "...a razão é conduzida por um imperativo hipotético que se revê no curso de uma acção, para atingir um determinado fim. E também por um imperativo categórico que relaciona a acção a desenvolver, atendendo à justeza e necessidade". Este último, segundo Kant constitui a base da moral.

Essa orientação moral que colocamos no nosso agir depende do nosso desenvolvimento a este nível. Lopes (2000, p.71) enuncia dois critérios do desenvolvimento moral, de acordo com a teoria de desenvolvimento de Kohlberg: "a cognição, ...e a acção moral. O primeiro tem a ver com o desenvolvimento cognitivo que nos permite ter consciência da obrigação imposta pelas regras e ajuizar acerca da moralidade das acções. O segundo refere-se ao cumprimento ou não das regras."

Ainda a este respeito Lopes (2000, p.71) refere,

tendo em conta as palavras de Lourenço (1992), que o desenvolvimento moral é "considerado como a construção de princípios morais e de justiça que estão para além das normas morais e sociais vigentes."

O modo como abraçamos os princípios morais e de justiça, e o modo como valorizamos a protecção da dignidade, determina a definição dos caminhos a percorrer. É relativamente aos dilemas que a Justiça se torna um verdadeiro problema. Este tipo de situação impõe duas acções, que não podem ser resolvidas ao mesmo tempo, ambas com soluções indesejáveis. Como é que alguém justo se movimenta entre o bem e o mal? Como poderão ter consistência os juízos deontológicos e de responsabilidade? As questões da justiça inquietam-nos sempre que esta não está presente.

Porque somos enfermeiros temos o dever de agir de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro que, tal como outros, é definido por Neves et al (2004, p. 152) como um "conjunto de normas que incidem sobre obrigações, responsabilidades, direitos e regulam o exercício de uma profissão, incluem, pois, normas de carácter ético e moral, que visam assegurar a integridade do profissional, e de carácter jurídico e administrativo, que visam assegurar a qualidade do exercício da profissão."

Na nossa prática, as pessoas que são alvo da nossa atenção e do nosso agir, também esperam de nós que sejamos justos e respeitadores. Seguir o código da profissão é o nosso objectivo, e de acordo com os nossos princípios morais, as acções que desenvolvemos terão sempre como principal finalidade o bem, e só o bem, dos que precisam de nós.

Assumir claramente a justiça das nossas acções, implica optar por uma orientação ética das mesmas, regulada por princípios universais, mas questionando esta mesma universalidade e revertendo a situação para nós próprios. A disposição para agir de forma justa só nos poderá conduzir a actos justos, o que pressupõe conhecer o bem, para melhor o praticar, sendo que tudo isto depende do nível de desenvolvimento moral de cada um de nós.

Agir de acordo com as necessidades da pessoa que cuidamos leva-nos por vezes a ultrapassar

regras e códigos, e é como agentes morais que temos a prioridade de evitar praticar o mal, empreendendo decisões muito próprias, em benefício das exigências dos nossos clientes. As escolhas que efectuamos, dependem do discernimento que desenvolvemos ao longo da vida, e as nossas virtudes permitem-nos decidir correctamente de acordo com as circunstâncias que nos impulsionam.

Neste caso concreto, esperamos efectuar a nossa escolha no sentido de uma tomada de decisão correcta, numa atitude digna, valiosa e moralmente mais elevada, tendo em vista a equidade e a justiça, socorrendo-nos das nossas virtudes, e agindo em consonância como sentimos a situação, dando aos outros o que lhe é devido, aplicando justamente a lei mas, também, agindo no respeito pelo nosso próprio discernimento e estima de si.

O Caso

“Entende-se por ‘caso’ um acontecimento, uma conjuntura, um conjunto de factos que estruturam uma situação, seja ela mais ou menos problemática. Um caso é apresentado como uma história-em-situação, de cuja natureza e dinâmica se procura uma compreensão mais clara”, Nunes et al (2005, p.269).

Este caso concreto trata-se de uma situação hipotética, contudo, com alta probabilidade de se repetir no dia-a-dia dos enfermeiros em qualquer contexto de prática de cuidados. “Independentemente da área em que trabalhem, cada vez mais os enfermeiros se confrontam com problemas éticos e com a consequente necessidade de tomar decisões complexas que exigem adequação aos princípios e valores éticos, em geral, e da profissão em particular” Nunes (s.d.)¹, todavia, “sendo respeitado o mundo da pessoa, a sua humanidade, os dilemas esbatem-se e são mais facilmente resolvidos” Figueiredo (2004, p.119).

Esta situação decorre do internamento de uma mulher, no departamento de psiquiatria de um hospital geral X, por episódio depressivo grave, com forte ideação suicida e homicida dirigida ao marido, por ter descoberto que foi vítima de uma situação de infidelidade conjugal por parte deste.

Em entrevista de colheita de dados junto do

marido apura-se que este é seropositivo e que tem, frequentemente, contactos sexuais extra-conjugais. Porém, o marido pede que essa informação não seja conhecida e muito menos transmitida à esposa.

Nesta entrevista estava presente, por questões de treino, um estudante de enfermagem do 3º ano a realizar ensino clínico com orientação do enfermeiro que fazia a entrevista.

A Análise

A presente problemática, numa primeira análise remete-nos para uma abordagem sobre o sigilo profissional e o direito do cliente à verdade. Daqui advém os direitos que assistem o cliente e os deveres do enfermeiro, o que implica uma reflexão sobre alguns princípios “intrínsecos e indissociáveis da enfermagem”² e que devem orientar a tomada de decisão.

Assim, antecedendo a análise propriamente dita, consideramos pertinente clarificar alguns conceitos que a sustentam. Desta forma, começamos por fazer a distinção entre Ética, Moral e Direito. Apesar de serem áreas que se distinguem, têm grandes vínculos e até mesmo sobreposições.

Para Figueiredo (2004, p. 27) a ética será a “tentativa filosófica de procurar o verdadeiro comportamento do homem, num mundo verdadeiramente humano, como fim último para determinar o autêntico modo humano de ser e agir”, ou seja, ainda segundo o mesmo autor, “a ética é uma parte da filosofia que, por um processo reflexivo teórico, estuda o agir, o comportamento e a conduta do homem em sociedade”. Segundo Neves (2004, p. 38), “A função da ética é guiar a actividade do enfermeiro a favor de bem presumido do outro... este potencial para fazer o bem depende, por um lado, dos recursos e competências do profissional e, por outro, dos valores das pessoas envolvidas”.

Porém, a ética não se pode confundir com a moral. A Moral é a regulação dos valores de conduta, considerados legítimos por um deter-

¹NUNES, Lucília – Configurando a relação bioética e ética de Enfermagem. Disponível em: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/ConfigurandoRelacao.pdf Consulta 04.06.08 08:49

²FIGUEIREDO, Abílio – Ética e formação em enfermagem. p.119

minado grupo ou sociedade, ou seja que dizem respeito ao colectivo "Os deveres morais só podem ser obrigatórios se aceitarmos que são aplicados universalmente e vinculativos para todos em geral" Thompson et al (2004, p.347).

Entre a ética e a moral existe uma tensão íntima e contínua. Enquanto a acção moral procura uma compreensão e uma justificação crítica universal, a ética, por sua vez, exerce uma contínua vigilância crítica sobre a moral, para reforçá-la ou modificá-la. "Enfatizando, poder-se-á dizer que a moral aparece mais ou menos como institucionalização da ética" Ferreira et al (2005, p. 17).

Segundo Goldim (s.d)³ "A ética é o estudo geral do que é bom ou mau. Um dos objectivos da ética é a busca de justificativas para as regras propostas pela Moral e pelo Direito. Ela é diferente de ambos – Moral e Direito – pois não estabelece regras. Esta reflexão sobre a acção humana é que a caracteriza".

Directamente relacionados temos os direitos e os deveres. "Os direitos e deveres de cada profissão são objecto da deontologia. É por isso que cada profissão tem o seu código deontológico, que toma como base os valores da profissão, como o «agir» humano dirigido para um fim" Ferreira et al (2005, p. 31).

A Deontologia, segundo NUNES (2002, p.24), está relacionada com o facto de "garantir bons profissionais" através da "correção da acção". Para que a acção seja "reguladora", criaram-se os Códigos Deontológicos que se articulam em torno de dois eixos de normas – direitos e deveres – regulando o exercício profissional, para que, no que respeita aos enfermeiros, respeitem a Pessoa que está à sua responsabilidade, em prol da dignidade humana e a promoção do bem-estar, independentemente do contexto.

Para esta autora a deontologia profissional é um conjunto de normas que fazem parte de uma profissão, tendo como base os princípios morais e do direito, e como objectivo definir as boas práticas tal como a manutenção da ordem e da harmonia. Nesta também se encontra associado um conjunto de direitos que têm como objectivo a excelência do exercício e da qualidade de cuidados.

Consideramos ainda clarificar o conceito de Con-

sentimento Livre e esclarecido, uma vez que os princípios que o fundamentam - respeito pelo ser humano, a sua autonomia e dignidade – estão no centro de todos os direitos dos utentes na prática dos cuidados, e diz respeito ao direito que o utente tem de decidir receber ou recusar os cuidados ou tratamentos que lhe são propostos.

Segundo O Código Penal Português "(...)o consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto" DIAS (2003, p. 5).

Mas, mais do que atribuir ao enfermeiro o papel de "advogado do utente", importa sobretudo que o desenvolvimento dos seus valores e crenças tenham reflexos nas atitudes individuais e de grupo, que se manifestem pela integração dos valores e crenças de quem recebe os cuidados e, conseqüentemente pela forma como se envolvem nas decisões que lhes dizem respeito.

Apresentam-se seguidamente alguns dos princípios, à luz dos quais realizamos a nossa análise e que deverão ser utilizados para qualquer tomada de decisão ética em enfermagem, já que fazem parte de um modelo "principalista", pilar estrutural da ética nos cuidados de saúde⁴.

Assim temos:

- ▶ Princípio da Autonomia
- ▶ Princípio da Beneficência
- ▶ Princípio da Não maleficência
- ▶ Princípio da Justiça
- ▶ Princípio da Vulnerabilidade

Gostaríamos ainda de fazer referência ao princípio da Dignidade humana, intimamente ligado com o respeito e que para Nunes "... é o verdadeiro pilar a partir do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente, de forma inequívoca, em todas as decisões e intervenções"⁵.

³ GOLDIM, J – *Ética, Moral e Direito*. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/eticmor.htm>. Consulta 03.06.08 , 11:20

⁴ MARTINS, José – Atitude dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. Revista de Investigação em Enfermagem (2003), Nº 8 – Agosto; 49-62. ISSN 0874-7695

⁵ NUNES, Lucília – *Análise dos deveres profissionais na garantia dos direitos das pessoas*. S.d. Disponível em: http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/Deveres_direitos_ICN_LN.pdf Consulta 04.06.08 10:20

Mas passemos à análise. O primeiro obstáculo com se deparou o enfermeiro e o ponto de partida para a análise deste dilema foi o facto de lhe ter sido confidenciado pelo marido da doente que este tinha SIDA.

É claro para todos nós que o ponto central desta análise e objecto da preocupação do enfermeiro é a doente que tem a seu cuidado, ainda assim, permitimo-nos fazer uma ligeira abordagem, ao longo do texto, a alguns aspectos relacionados com o marido à luz de alguns conceitos legais.

À luz do Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 85º - do dever de sigilo – o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da profissão. Como tal, segundo a alínea a) deste artigo, o enfermeiro assume o dever de considerar confidencial, toda a informação acerca de destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte. Porém, neste caso concreto e segundo a alínea b) do mesmo artigo, o enfermeiro deve partilhar a informação com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores, o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos.

O objectivo da confidencialidade, ou segredo profissional, é proteger o melhor benefício do doente, devendo ser fundada numa relação de confiança com o profissional de saúde, permitindo ao doente uma maior tranquilidade.

Segundo Figueiredo (2004, p. 124) as bases da confidencialidade são:

- “- Respeito incondicional pela privacidade e autonomia individuais.
- Confiança especial entre o enfermeiro e o doente.
- Elemento do juramento de enfermagem (e hipocrático)
- Necessário para o bem da sociedade.
- Necessário para evitar dano no doente.”

Segundo o mesmo autor, também pode haver excepções, como é o caso do testemunho em tribunal. Contudo, o enfermeiro, ainda que devidamente intimado como testemunha num processo que envolva um seu utente, deverá comparecer em tribunal, mas não poderá prestar declarações sobre matéria de sigilo profissional sem que haja consulta prévia ao Conselho Juris-

dicional da Ordem dos Enfermeiros⁶.

O caso apresentado é uma situação que impõe uma maior reflexão por parte do profissional de saúde, relativamente às condições em que se deve manter a confidencialidade. Segundo QUEIRÓS (2001, p 68) “...se se trata de uma situação em que um doente é portador do vírus de HIV e se sabe cientificamente que dada a forma de transmissão desta infecção e o doente recusar informar os seus possíveis parceiros de relacionamento afectivo, se coloca a possibilidade franca de se tratar de um risco importante para a saúde dos outros, então deve-se considerar este aspecto técnico-científico”, porém, nesta situação a decisão deverá ser debatida em equipa e as informações relativas ao diagnóstico, prognóstico ou outras relacionadas com a doença serão comunicadas pelo médico assistente. “É quase sempre ao médico que cabe esta tarefa, porque é ele que primeiro sabe o diagnóstico, é ele que está profissionalmente capacitado para estabelecer uma evolução clínica e é dele que o doente espera receber a notícia”⁷.

O segredo profissional diz, respeito a um conjunto de dados pertencentes ao cliente ou sua família, pelo que não poderão ser comunicados “... senão ao próprio doente, ou a quem este determinar, e no caso de não haver prejuízos para terceiros; ou ainda quando a lei estabeleça essa comunicação”⁸.

Para a nossa decisão e partindo do quadro legislativo da saúde, com base na Lei 48/90 (Lei de Bases da Saúde), na Base V – Direitos e deveres dos Cidadãos, no ponto 1, “os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover”, pelo que se considera que o marido tem o dever de permitir a transmissão da informação, uma vez que, e segundo a mesma Lei de Bases da Saúde – Base XIV, ponto 1, alínea c) e e), a esposa tem direito a ser informada sobre a sua situação clínica, as alternati-

⁶ Código Deontológico do Enfermeiro. Art. 85. Alínea c) – Dec. Lei 104/98. Diário da República I Série-A. 93 (98-04-21) 1739-1757

⁷ LEAL, Fátima. *Transmissão de más notícias*. In Revista Portuguesa de Clínica Geral 2003; 19:40-3 Disponível em: <http://www.alzheimer.med.br/masnoticias.pdf> Consulta 10.06.08 23:15

⁸ Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=135&view=highlights:Print&id=67> Consulta 03.06.08 11:35

vas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, bem como a ser tratada pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito.

E dado o motivo que levou ao internamento (síndrome depressivo com ideação suicida), encontrando-se num serviço de saúde mental, sem prejuízo do previsto da Lei de Bases da Saúde, segundo a Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, de 24 de Julho), art. 5º - Direitos e deveres do utente – ponto 1, alínea b) a utente tem direito a receber tratamento e protecção, no respeito pela sua individualidade e dignidade.

Segundo Figueiredo (2004, p.121) “em nenhuma circunstância, apesar da pressão social ou institucional, o enfermeiro se pode escudar atrás de uma neutralidade indiferente ou confortável. É necessário então que a dinâmica do respeito brote da própria pessoa para que a relação intersubjectiva seja vivida com verdade e congruência”.

Deste modo, relativamente ao marido, o enfermeiro optou por, baseado no REPE, art. 5º, ponto 4, alínea c), “Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias”; e mais ainda, de acordo com o mesmo art., alínea d), o enfermeiro considerou que a sua acção se poderia caracterizar por “Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro”⁹.

No que respeita à utente, a tomada de decisão, recaiu em revelar-lhe a verdade. Na realidade considera-se que esconder a verdade ao cliente é limitar a sua autonomia, não respeitando o seu poder de decisão, e mesmo não a respeitando enquanto pessoa, com direitos, apesar de limitada por fragilidades inerentes ao processo de saúde.

Não é uma tarefa fácil, pois informar uma pessoa que poderá ser portadora do vírus da SIDA pode levar a uma associação à doença, à dor, à

morte, o que acarreta um rótulo associado a grande sofrimento e um estigma social de grande peso. Porém, não surgiram dúvidas de ser esta a melhor opção para a utente, em vez da mentira ou da conspiração do silêncio, pois o valor que atribuímos à vida é mais elevado.

Facultar o direito à verdade é percorrer com o outro o caminho por ele escolhido, mas facultando-lhe também a protecção necessária. Portanto, aquilo que decidimos, que se traduz no nosso agir deverá ter como prioridade evitar praticar o mal, atendendo a uma dupla obrigação de melhorar os benefícios diminuindo os prejuízos.

Como vimos anteriormente, ao princípio da beneficência aparece ligado o da não maleficência, sendo que os profissionais têm a obrigação de promover o bem, mas, também, a obrigação de não causar danos. Para Ramos et al (2005, p.176) “o princípio da beneficência inclui o da não maleficência ou, pelos menos, a obrigação de, além de promover positivamente o bem, evitar e remover o mal.” E ainda a propósito deste princípio refere “que se trata do chamado ‘princípio de duplo efeito’, (...) em determinadas e bem definidas circunstâncias, é legítimo realizar acções das quais resulta um efeito bom (pretendido) e um efeito mau (tolerado).” Nestas situações o equilíbrio parece não ser fácil. Ao exercermos a não maleficência, a sua expressão é subjectiva, mas a primeira pessoa a ser beneficiada terá de ser a doente.

Neste contexto, consideramos que a utente deverá ser informada ainda durante o internamento, numa fase de melhoria da sua doença, devendo, contudo, o processo de comunicação ser ajustado, respeitando a sua individualidade e dignidade. A reacção de cada utente face ao conhecimento da verdade é única, pelo que não é fácil de definir um modelo de comunicação ideal.

Os princípios da autonomia e da justiça, atrás descritos, implicam respeitar a vontade do doente, as suas decisões e as suas escolhas, e este processo também se aplica à comunicação da informação.

Todavia, conhecer a verdade pode ser tão cruel

⁹ REPE - Decreto-Lei nº 161/96. Diário da República I Série-A. 205 (96-09-04) 2959-2962

que será desejável que a pessoa demonstre desejo de a conhecer. A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, no ponto 6, O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, defende que "Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente", contudo, este também tem direito, se assim o desejar, de "não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar"¹⁰.

É o acto de informar correctamente e de receber a informação adequada que possibilita à utente tomar decisões com conhecimento. Desse modo não podemos deixar de reforçar o conceito de consentimento livre e esclarecido como um processo que promove a capacidade do doente de autodeterminação, de liberdade de decidir e do direito à informação adequada, para que as suas escolhas sejam as melhores possíveis.

Segundo Figueiredo (2004, p. 123), o "consentimento informado só é possível se o doente possuir as faculdades mentais necessárias para compreender a informação, e esta terá de ser facilitada de forma adequada às competências do doente".

Finalmente o Estudante de Enfermagem. Uma das principais finalidades dos ensinamentos clínicos é a preparação dos estudantes para o mundo real da prática. Na verdade estes são momentos fundamentais na vida dos estudantes de enfermagem, porquanto se conjugam aí factores importantes a ter em conta na formação e desenvolvimento do futuro enfermeiro, nomeadamente esse contacto com uma realidade totalmente nova, tendo como factor central os conhecimentos teóricos do estudante e a mediação de todo este processo – a orientação/supervisão clínica.

E durante os ensinamentos clínicos esta será a melhor forma de adaptação à prática que irão encontrar no futuro enquanto profissionais: o contacto com situações reais e dilemáticas que implicando a tomada de decisões éticas se transformam em conhecimento prático. Segundo Abreu (2003), o aluno de enfermagem num serviço adquire o conhecimento que lhe é transmitido

pelo tutor e pelos pares, mas também apreende, compreende e organiza o conhecimento através de trabalho intelectual ou físico ou através da experiência¹¹.

Para este autor a supervisão clínica interfere com a aprendizagem porque disponibiliza orientação e avaliação, mas também favorece os processos pessoais de controlo.

No caso que analisamos, a presença do aluno considera-se importante pela riqueza da experiência prática, pelo confrontar com a tomada de decisões éticas necessárias e imprescindíveis, ainda que, neste caso, não o inclua directamente "A tomada de decisão é facilitada se ao aluno forem disponibilizadas 'ferramentas' que lhe permitam ter uma percepção positiva de si e segurança nas atitudes e comportamentos. O acompanhamento do aluno pelo docente ou pelo tutor minimiza a possibilidade de se sedimentarem erros e falsos sentimentos de segurança..." Abreu (2003, pp. 37-38).

O desenvolvimento sócio-moral, necessário à responsabilidade da tomada de decisão, passa pela construção realizada pelo próprio indivíduo, e não pela simples imitação dos outros. Este desenvolvimento processa-se por fases e estádios, sendo óbvio, que o desenvolvimento cognitivo será importante e necessário, mas não suficiente, para atingir um novo nível de raciocínio moral. Daí a importância do pressuposto "construtivismo" para compreender que "as concepções morais são fruto da actividade estruturante do sujeito na sua interacção com o meio físico e social" LOPES (2000, p. 75).

Segundo este autor, para Kohlberg o desenvolvimento moral pode apresentar 3 níveis distintos e 2 estádios em cada nível. Não pretendemos descrever nem os níveis nem os estádios, mas sim referir, segundo a nossa percepção, que são etapas de evolução de cada pessoa, relativamente à sua maturidade moral.

Considera-se, pois, que o desenvolvimento moral é uma exigência para a construção do conhecimento em enfermagem, e Munhall (1982) citado por Lopes (2000, p. 90) apresenta

¹⁰ Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=135&view=highlights:Print&id=67>

¹¹ ABREU, Wilson – *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* p. 22

algumas formas de estimular o desenvolvimento moral, tais como:

“- Os constructos teóricos do desenvolvimento moral dever-se-ão tornar parte integrante da educação em enfermagem.

- Deverão ser criadas oportunidades para os estudantes de enfermagem experimentarem conflitos e desequilíbrios sócio-cognitivos.

- Deverão ser criadas oportunidades para que o processo educativo contemple a possibilidade de discussão em grupo e 'role taking' de dilemas morais hipotéticos e sobretudo da vida real.”

Daqui se depreende que a atitude do orientador em permitir que o estudante assista à entrevista como observador, foi correcta, ainda que muitas outras oportunidades pudessem existir. Acreditamos que o estudante em causa, aluno do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, é detentor de competências interpessoais capazes de responder à Macro-competência I¹² - Responsabilidade, ética e deontologia – sendo capaz de aceitar a responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos que elabora; reconhecendo os limites do seu papel e da sua competência. Actua de acordo com o código deontológico e demais legislação aplicável, envolvendo-se efectivamente nas tomadas de decisão ética. Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados, identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas. Todavia, neste contexto, seria de todo pertinente, a chamada de atenção à reflexão e o reforço da necessidade da manutenção do sigilo profissional.

Ao Enfermeiro, enquanto Orientador, são também exigidas competências e responsabilidades. Segundo Abreu (2003, p. 58), os tutores que se responsabilizam pela orientação de ensinamentos clínicos confrontam-se com quatro responsabilidades centrais. A primeira corresponde à necessidade de fazer a ligação entre a teoria e a prática. Uma segunda que diz respeito ao suporte que é necessário disponibilizar ao formando para este construir os saberes processuais. Em terceiro o ter que mediar a definição de

“profissionalidade” do estudante, envolvendo as dimensões personalidade, auto-estima, fenómenos de identificação, segurança e mesmo estabilidade emocional. Finalmente, assumir com o docente a responsabilidade da avaliação dos estudantes, no contexto da prática, conciliando uma postura humanista com a necessidade imperiosa da promoção de práticas de saúde seguras e de qualidade.

Considerações finais

“Seremos responsáveis é sabermos-nos autenticamente livres, para o bem e para o mal: assumirmos as consequências do que fizermos, emendar o mal que possamos emendar e aproveitar o bem ao máximo”¹³ SAVATER (1991, p. 75)

O dever de agir implica o crescimento dos nossos próprios valores, e não a aceitação de valores impostos com os quais não nos identificamos. O caminho é descobrir os nossos próprios valores e agir coerentemente com eles. Pela possibilidade de fazermos escolhas, assumimos a responsabilidade das nossas decisões.

Finalmente, reconhecemos que todas estas reflexões se articulam e fazem sentido na compreensão mais ampla dos que sofrem e que precisam de nós. Só um acto reflexivo poderá permitir um agir livre e virtuoso. A compreensão das ideias filosóficas presentes nos textos consultados, permitiram-nos tomar consciência das nossas acções, e compreender a sua justeza, fundada nos princípios da dignidade humana, sendo esta gestão que poderá proporcionar a felicidade da vida das pessoas às quais prestamos cuidados.

É, também, esta reflexão sobre os contributos da ética no percurso assistencial da prestação de cuidados e ensino de enfermagem que permite interiorizar fortemente algumas linhas orientadoras, que irão contribuir para a promoção de uma prática mais humana em que a ética assume um importante significado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson – Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra. Formasau. 2003.

¹² NUNES, et al - *Uma matriz de competências para a Licenciatura em Enfermagem*. Percursos (Separata). Ano 2- Nº 6. ISSN 1646-5067. Disponível em: <http://www.ess.ips.pt/percursos/percursos.html> Consulta 28.05.08 23:10

¹³ SAVATER, Fernando – *Ética para um jovem*. Lisboa: Editorial Presença. 1995

- ISBN 972-8485-35-2
- BARAHONA, Fernandes – Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental – O Homem Perturbado. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, (1998). ISBN 972-31-0794-5
 - Decreto-Lei nº 104/98. Diário da República I Série-A. 93 (98-04-21) 1739-1757
 - Decreto-Lei nº 161/96. Diário da República I Série-A. 205 (96-09-04) 2959-2962
 - DIAS, Carlos Melo – Consentimento Informado como mediador razoável da relação profissional de saúde-doente. Dossier Sinais Vitais. Nº 6. 1ª Ed. Coimbra. 2003. ISBN 972-8485-36-0
 - FERREIRA, Manuela; Dias, Mª Olívia – Ética e Profissão – Relacionamento interpessoal em enfermagem. Loures. Lusociência.2005. ISBN 972-8930-04-6
 - FIGUEIREDO, Abílio – Ética e formação em enfermagem. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-140-1
 - LOPES, Manuel. – Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral – Alguns dados e implicações. Lisboa. Gráfica 2000. ISBN 972-98149-0-2
 - MARTINS, José – Atitude dos doentes oncológicos perante os direitos à informação e ao consentimento. Revista de Investigação em Enfermagem (2003), Nº 8 – Agosto; 49-62. ISSN 0874-7695
 - NEVES, Maria; PACHECO, Susana – Para uma Ética da Para Enfermagem – Desafios. Lisboa. Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8
 - NUNES, Lucília; Amaral, M; Gonçalves, R. – Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.2005.
 - NUNES, Lucília - A Referência Ético-Deontológica na Base da Excelência. In: Excelência do Exercício. Ordem dos Enfermeiros, n.º 5, Jan. 2002. p.24.
 - QUEIRÓS, Ana Albuquerque – Ética e Enfer-
- magem. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8717-07-5
- RAMOS, Sónia; COELHO, Rui – Aspectos éticos da saúde mental.(Parte I) Cadernos de Bioética. Coimbra: nº38, 2005, pp 171-200.
 - THOMPSON, I E.; Melia, K M.; Boyd, K M. – Ética em enfermagem. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2004. ISBN972-8383-67-3
 - SAVATER, Fernando – Ética para um jovem. Lisboa: Editorial Presença. 1995

Cláudia Silva – Licenciada em Enfermagem. H.Nª Srª do Rosário – Barreiro, Dep. Psiquiatria e Saúde Mental –

Carla Oliveira – Licenciada em Enfermagem. H.Nª Srª do Rosário - Serviço Medicina -

Joaquim Carvalho – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. H.Nª Srª do Rosário, Dep. Psiquiatria e Saúde Mental -

Liliana Silva – Licenciada em Enfermagem. H.Nª Srª do Rosário, Serviço Medicina

Rosa Santiago – Licenciada em Enfermagem. H.Nª Srª do Rosário, Serviço Cirurgia

Arquitectura da informação clínica de enfermagem para os sistemas de informação em saúde

Considerações para o desenvolvimento de um modelo de documentação

Paulo Cruchinho

Resumo

O desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem insere-se em muitos dos objectivos para os Sistemas de Informação em Portugal e sua relação com as linhas de orientação estratégica do sistema de saúde face à acessibilidade aos recursos, à equidade na prestação dos cuidados de saúde, à melhoria da prática assistencial, à continuidade da prestação dos cuidados, à gestão integrada da saúde pública e vigilância epidemiológica e face à sustentabilidade do sistema. Paralelamente no nosso país foi adoptada a *ICNP - Internacional Classification for Nursing Practice* para utilização nos sistemas de informação de enfermagem e em 2001 a Ordem dos Enfermeiros Portugueses definiu cerca de seis categorias de enunciados descritivos dos padrões de qualidade do exercício profissional em relação à satisfação das pessoas doentes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao auto-cuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. Os sistemas de informação permitem não só a acumulação, a recuperação e a comunicação de informação relevante entre diversos intervenientes, como também permitem o fornecimento de suporte para a tomada de decisão clínica, a avaliação contínua da prestação de cuidados e o contributo para o avanço do conhecimento de enfermagem. Neste âmbito, o desenvolvimento de um modelo de documentação de enfermagem nos sistemas de informação que integre uma arquitectura de informação suficientemente uniforme e com base numa nomenclatura de enfermagem standardizada, tendo em conta os pressupostos dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade, pode contribuir conseqüentemente para a definição e monitorização de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem por parte das instituições de saúde e simultaneamente ajudar a compreender o impacto dos sistemas de informação na qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: arquitectura da informação clínica de enfermagem, sistemas de informação, documentação de enfermagem e padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo o Alto Comissariado da Saúde (ACS), para otimizar o desempenho do sistema de saúde é necessário que se desenvolvam Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que sejam efectivos, abrangentes, integrados, coerentes e úteis no apoio à decisão dos profissionais de saúde, de forma a se disponibilizar informação e conhecimento, que difunda boas práticas e que permita obter ganhos em saúde para as populações.

Em Janeiro de 2007 num estudo encomendado pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) do Ministério da Saúde (MS) e que foi desenvolvido pela *PricewaterhouseCoopers* para diagnosticar a situação actual dos sistemas e tecnologias de informação da Saúde foi revelado um cenário caracterizado por uma fraca normalização da informação e dos siste-

mas de informação, uma qualidade de informação relativamente fraca e nem sempre disponível e em tempo útil e, soluções não orientadas aos processos, mas ao tipo de profissional e aos episódios. Actualmente aguarda-se que seja tornado público pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) - entidade que substituiu o IGIF face à concepção e desenvolvimento de sistemas de informação em saúde – que seja tornado público o *Programa de Transformação de Sistemas e Tecnologias de Informação da Saúde* e com ele orientações face aos SIS. Contudo em Maio de 2007 numa conferência sobre SIS promovida pelo ACS Manuel Carrilho Dias da *PricewaterhouseCoopers* apresentou a visão e os objectivos estratégicos face aos Sistemas de Informação em Portugal, em ligação com as linhas de orientação estratégica

do Sistema de Saúde em Portugal em termos da acessibilidade aos recursos, da equidade na prestação dos cuidados de saúde, da melhoria da prática assistencial, da continuidade da prestação dos cuidados, da gestão integrada da saúde pública e vigilância epidemiológica, da

sustentabilidade do sistema e da transparência na gestão. Em relação a estes aspectos, sintetizamos no quadro abaixo algumas informações apresentadas, com impacto para a concepção e desenvolvimento de sistemas de informação de enfermagem:

Visão e objectivos estratégicos para os sistemas de informação em Portugal	
Gestão e partilha do conhecimento	Disponibilização de soluções para a gestão e partilha do conhecimento de forma a capitalizar a experiência dos profissionais do sistema
Aplicações de gestão clínica inteligentes	Existência de aplicações de gestão clínica inteligentes que suportem a actuação dos clínicos e desenvolvidas numa óptica do processo e focadas no utente
Processo clínico electrónico	A disponibilização e partilha do processo clínico electrónico do utente contribui de forma decisiva para uma maior eficiência e eficácia da intervenção clínica
Normalização de informação e dos sistemas de informação	É necessário dispor de uma normalização de informação e dos sistemas de informação que assegurem a integração e a interoperabilidade dos sistemas de informação dos vários actores
Melhoria da prática assistencial	Os sistemas de informação contribuirão para a melhoria da prática assistencial através da potenciação da partilha electrónica da informação clínica dos utentes pela possibilidade de assegurar a continuidade da assistência através da referenciação electrónica entre profissionais
Abordagem global e integrada	Os Sistemas de Informação Integrados da Saúde (SIIS) devem ter uma abordagem global e integrada, independente do nível e da entidade de prestação de cuidados de saúde. Isto é possível através da concepção dos sistemas orientados ao utente e numa óptica de gestão de processos transversal
Interoperabilidade da saúde	É fundamental o desenvolvimento do <i>framework</i> de interoperabilidade
Saúde pública e vigilância epidemiológica	Os SIIS, com uma abrangência nacional envolvendo os prestadores públicos, sociais e privados, devem permitir a captura directa de informação de qualidade relevante para a saúde pública e vigilância epidemiológica ao nível dos sistemas transaccionais de natureza operacional
Exploração analítica da informação	A exploração analítica da informação transaccional neste domínio, pode ser efectuada através de sistemas informacionais de nível central e regional, dedicados à saúde pública e à vigilância epidemiológica
Planeamento, avaliação do desempenho	Do ponto de vista dos sistemas informacionais, devem ser disponibilizadas soluções que permitam o planeamento, avaliação do desempenho e controlo de gestão de cada entidade e do sistema de saúde público, no global
Conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde	Possibilidade de exploração e apresentação de dados e informação, em linha com as necessidades de cada actor para aumentar o seu conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde
Acesso á informação por portais	Os utentes, profissionais e gestores devem poder aceder via portais a informação credível sobre o desempenho do sistema e das entidades
Modelo de governação	Adicionalmente, o modelo de governação dos SIIS deve suportar uma intervenção efectiva dos cidadãos, utentes e profissionais

Quadro 1 – Visão e objectivos para os Sistemas de Informação em saúde em Portugal
(Fonte: Dias, M., 2007)

O enquadramento da informação clínica de enfermagem na visão e objectivos para os SIS implica que se considere também do ponto de vista profissional, qual o significado dos sistemas de informação para a profissão de enfermagem e quais os seus propósitos.

Numa primeira instância a revisão da literatura, permite constatar inúmeras designações em relação aos sistemas de informação de enfermagem, tais como sistemas de informação em enfermagem baseados no computador, sistemas de informação clínicos, sistemas

computorizados de planeamento de cuidados, planos de cuidados computorizados, sistemas de registos de enfermagem computorizados e outras. Em relação ao significado *Manning e McConnell (1997)*, definiram os sistemas de informação de enfermagem, como sistemas informatizados que permitem aos profissionais de enfermagem recolher, utilizar, recuperar, tornar visível e comunicar, dados para os serviços de administração, para gerir a prática de enfermagem, para melhorar a prestação de cuidados e para contribuir para o avanço do conhecimento de enfermagem. *Verificamos dessa forma, que a estruturação de um sistema de enfermagem, exige uma constante interactividade entre os profissionais de enfermagem e os dados obtidos a partir do sistema, tendo como propósitos o fornecimento de suporte à documentação dos profissionais, à tomada de decisão clínica e à avaliação contínua dos cuidados prestados.*

Nessa perspectiva, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 refere-nos que *a criação de conhecimento através da arquitectura informacional dos sistemas de informação no sentido do acréscimo intelectual da organização, exige que haja uma interacção entre as organizações de saúde - o capital estrutural, os recursos humanos - ou seja o capital humano e as pessoas que necessitam de cuidados de saúde - isto é o capital dos cidadãos para o qual contribui não só a informação armazenada e partilhada no sistema de informação do capital estrutural, mas também os conhecimentos prévios, tanto dos cidadãos, como dos recursos humanos das organizações de saúde, nos quais se incluem os profissionais de enfermagem.*

A documentação de enfermagem tem sido uma das mais importantes funções dos enfermeiros deste Florence Nightingale (1820-1910) e compreende de acordo com *Standards for Nursing Documentation* da *Nursing Board of Tasmania* todos os registos escritos em papel ou no computador de dados revelantes produzidos pelos profissionais de enfermagem para documentar os cuidados prestados ou para comunicar informação relevante para os cuidados de uma pessoa particular. A documentação de enfermagem é uma parte importante de toda a docu-

mentação clínica (Mahler, Ammenwerth, Wagner, Tautz, Happek, Hoppe, Eichstädter, 2007) e é globalmente assumido que se um sistema de informação for bem desenhado e funcionar, então os cuidados de enfermagem serão prestados mais eficientemente e eficazmente. Isto deve-se ao facto de fornecerem aos profissionais de enfermagem dados mais apropriados, mais compreensivos e precisos, mais informação para cuidados e com maior qualidade.

No âmbito da prática clínica, a documentação de enfermagem em formato electrónico continua a ser uma actividade de decorre directamente carreira, a qual nos referencia como atribuições do enfermeiro generalista, entre outras, a colheita de dados para a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, a elaboração de um plano de cuidados em função dos problemas de enfermagem identificados, a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos. Além disso, salienta face às atribuições do enfermeiro especialista, a definição de indicadores que permitam avaliar de forma sistemática as mudanças verificadas na situação de saúde da pessoa doente e a introdução de medidas correctivas julgadas necessárias, possuindo esta uma enorme potencialidade de desenvolvimento com base no acesso à informação dos sistemas de informação (Ministério da Saúde, 1991).

O conteúdo funcional da carreira descrito anteriormente tem implícita uma abordagem de resolução de problemas que é a base para a tomada de decisão clínica, - que os profissionais de enfermagem designam por *Processo de Enfermagem* - e que inclui cinco etapas sequenciais operacionalizáveis nos sistemas de informação: a avaliação inicial de enfermagem, a identificação de problemas ou diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação final (Doenges, Moorhouse & Burley, 1995). A avaliação inicial de enfermagem consiste na recolha sistemática de dados relacionados com a pessoa doente, sendo recolhidos dados pertinentes com base em técnicas de avaliação apropriadas e documentados dados relevantes num formato facilmente acessível. Esses dados

abrangem as dimensões física, psicológica, social, cultural, espiritual, cognitiva, das capacidades funcionais, de desenvolvimento, económicas e estilos de vida. A etapa seguinte consiste na identificação de problemas ou etapa de diagnóstico e compreende a análise dos dados recolhidos para a identificação de problemas/diagnósticos, necessidades e recursos, na qual o diagnóstico é documentado de forma a facilitar a determinação dos resultados esperados e do plano de cuidados. A seguir é feito o planeamento e que é a etapa em que se estabelece um plano de cuidados que prescreve intervenções para alcançar os resultados esperados, procurando desenvolver uma relação de linearidade entre diagnósticos, intervenções e resultados. Para além disso, esse plano de cuidados deverá considerar os aspectos particulares da pessoa doente e reflectir as prioridades para a prestação de cuidados. Posteriormente, segue-se a etapa da implementação, na qual são colocadas em acção as actividades planeadas de intervenção, de delegação e/ou de coordenação. Por último, na etapa da avaliação final é realizada a verificação do rigor dos diagnósticos e a efectividade das intervenções em relação com os progressos da pessoa doente, sendo determinados os resultados actuais e é também documentada a efectividade das intervenções em relação com a aquisição de resultados (Marin, Rodrigues, Delaney, Nielsen e Yan, 2001).

No decurso da prestação de cuidados de enfermagem, para se assegurar que informação relevante não se perca entre os diversos intervenientes da equipa é importante o registo periódico dos seus juízos clínicos relativos ao progresso das situações de cuidados, dos cuidados a planear assim como dos cuidados que foram efectivamente implementados, conjuntamente com as reacções evidenciadas pela pessoa doente a esses mesmos cuidados. Dessa forma, a existência de um formato de documentação electrónica dos cuidados de enfermagem, que adopte uma configuração de um plano de cuidados constitui um importante instrumento que facilita globalmente a prestação de cuidados (Voutilainen, Isola & Muurinen, 2004). Em todo o mundo algumas agências de enfer-

magem têm definido princípios orientadores para a documentação de enfermagem, no sentido de promover a consistência da documentação relevante e contemporânea nos cuidados à pessoa doente e a comunicação efectiva entre os profissionais de enfermagem e os outros membros da equipa de saúde, com implicações para a concepção dos sistemas de informação. Nesses princípios é explicitado por exemplo que a documentação deve servir principalmente os interesses da pessoa doente, que o registo de eventos deve ocorrer de forma cronológica e de forma apropriada - permitindo introduzir a hora, a data a assinatura e a categoria profissional, respeitando os requisitos legais e cumprir com as políticas de cuidados -, ser concisa, rigorosa e contemporânea, utilizar apenas abreviaturas aprovadas, ser realizada em formato apropriado e permitir exclusivamente a documentação individual por cada profissional prestador de cuidados (Nursing Board of Tasmânia, 2003).

Em termos gerais, os conteúdos da documentação de enfermagem incidem em muitos países, maioritariamente na descrição dos aspectos procedimentais ou técnicos dos cuidados, traduzindo dessa forma um maior ênfase no registo dos aspectos biomédicos da prestação de cuidados (Rukanuddin, 2005) e uma menor focalização na documentação dos aspectos psicossociais, não menos importantes em nossa opinião. Esta avaliação decorre sobretudo da análise de suportes de documentação em formato de papel, não em formato electrónico, pelo que a possibilidade de documentação electrónica em sistemas de informação, poder conduzir consequentemente a uma baixa expressividade dos problemas específicos da pessoa e família aos quais os profissionais de enfermagem dão resposta, do que fazem para resolverem esses problemas e dos resultados que sejam efectivamente atingidos. De acordo com Clark e Lang, (1992) a grande quantidade de dados que os profissionais de enfermagem recolhem e documentam, necessitam de se encontrarem estruturados dentro dos sistemas de informação, sob pena de o trabalho de enfermagem poder ser pouco visível e não consolidado.

Actualmente existe uma grande discussão sobre a relação entre a prática de enfermagem e a prática de documentação no sentido de se conhecer se o aumento da qualidade da informação clínica documentada nos sistemas de informação, corresponde a um aumento da qualidade dos cuidados prestados. Para Vassar, Lin e Planchock (1999), existe uma grande probabilidade de os sistemas de informação não contribuírem para aumentar a eficácia e a eficiência do trabalho de enfermagem, devido a uma ligação inadequada entre a prática actual e o desenho formal dos sistemas de informação. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Urquhart e Currell (2005) concluiu-se que é necessário continuar a investigação, dado a informatização pode não produzir os benefícios esperados e dado que os resultados para os cuidados prestados não são claros. Mais recentemente Currell e Urquhart (2007) verificaram que um sistema informatizado de planeamento de cuidados pode afectar negativamente a documentação desse mesmo planeamento, sem no entanto não ser conhecida evidência que os sistemas afectem na prática o planeamento por parte dos profissionais. Com base nestes estudos, parece-nos importante que os sistemas de informação possam representar aquilo que é o trabalho actual dos enfermeiros não limitando a possibilidade de documentar todo o tipo de intervenção numa lógica de produção de resultados.

Na Suécia é usado o *VIPS-model* nos sistemas de informação para estruturar sistematicamente a documentação de enfermagem, que consiste num modelo de documentação, cujo acrónimo coincide com palavras suíças para bem-estar, integridade, prevenção e segurança e que é constituído por dois níveis de palavras-chave: um primeiro nível que corresponde às fases do processo de enfermagem – história de enfermagem, status de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, objectivo de enfermagem, intervenções de enfermagem, resultado de enfermagem e notas de alta e transferência - e um segundo nível com três listagens de palavras-chave específicas dentro da história de enfermagem, do status de enfermagem e das inter-

venções de enfermagem (Ehrenberg, Ehnfors, & Thorell-Ekstrand, 1996).

Na Noruega, Stokke e Kahlfoss (1999) estudaram a documentação de enfermagem em cinco contextos (n=55) de dois hospitais, com o propósito de verificarem se os documentos cumpriam as recomendações para a documentação de cuidados de enfermagem publicadas pela *Norwegian Board of Health* em 1994 e para avaliar os documentos face ao *VIPS Model*. Os resultados demonstraram a existência em todos os registos de doentes de uma avaliação de admissão. Por outro lado, o plano de cuidados estava presente em cerca de 62% dos registos, os objectivos de enfermagem estavam em falta e 38% e as intervenções planeadas em 18% e em 45% dos diagnósticos faltou informação relacionada com o progresso do doente ou os resultados. Foi ainda obtido que os planos de cuidados estavam actualizados em apenas 40% dos registos pesquisados e que as recomendações NBH não foram encontradas nesta amostra. Em relação ao *VIPS Model* este cobriu toda a informação presente nos registos e foi obtida uma elevada fidedignidade inter-avaliadores para a maioria das palavras-chave do modelo, categorizadas por dois investigadores independentes. Com base nestas descobertas, os investigadores sugeriram que os componentes e palavras-chave desse modelo podem contribuir para um modo uniforme e fidedigno para a documentação de enfermagem e alcançar uma documentação sistemática e compreensiva, em falta nos registos noruegueses.

Na Suécia, num estudo realizado por Bjorvell, Wredling, e Thorell-Ekstrand, (2003) com o objectivo de definir os factores que actuam como pré-requisitos e como consequência relevantes da documentação de enfermagem através do *VIPS-model*, numa amostra de 377 enfermeiros repartida por dois grupos, revelou que os enfermeiros consideram a actividade de documentação benéfica para a sua prática diária e que a utilização do modelo facilitou a documentação dos cuidados. Além disso, em ambos os grupos foram referenciadas como principais barreiras para a documentação de enfermagem a falta de

tempo para desenvolver a documentação de enfermagem, a falta de tempo para documentar os cuidados de enfermagem e a organização do trabalho. Estes factores podem estar na base das diferentes percentagens obtidas na documentação pelo estudo de Stokke e Kahlfoss (1999).

Existe evidência que os aspectos educacionais relacionados com a implementação de um modelo de documentação para arquitectura da informação clínica, possui um impacto decisivo na documentação dos diversos aspectos. Ehrenberg e Ehnfors (1999) estudaram os efeitos de uma intervenção educacional nos conteúdos e compreensão dos pressupostos sobre a documentação de cuidados de enfermagem em residências de idosos de seis municípios suecos, com base em cerca de 120 registos, repartidos por um grupo de estudo e por um grupo de controlo. No grupo de estudo os profissionais de enfermagem foram sujeitos a uma formação relacionada com o processo de enfermagem e o método de documentação a partir do *VIPS model*. Além disso, foi realizada uma auditoria retrospectiva a todas as notas de enfermagem antes e depois da formação. Os resultados desse estudo, demonstraram um aumento das notas de enfermagem em termos da história de enfermagem, do registo de diagnósticos de enfermagem, dos objectivos de enfermagem e das notas de alta ou transferência e contrariamente, no grupo de controlo não se registou nenhuma alteração.

Alguns estudos orientam-nos para aspectos importantes a ter em consideração no desenvolvimento de um modelo de documentação que tenha como objectivo a arquitectura da informação clínica. Ehrenberg, e al. (1999) realizaram uma auditoria retrospectiva em registos de enfermagem de oito residências de idosos (n=120) com o objectivo de descrever os principais problemas, necessidades, riscos e diagnósticos de enfermagem e verificaram a inexistência de uma avaliação inicial sistemática de qualquer dos problemas de enfermagem identificados, com base em critérios estabelecidos ou de instrumentos de avaliação. Dessa forma, foi concluído que a documentação de enfermagem não reflecte o uso de uma avaliação sistemática

e de instrumentos baseados em investigação para a determinação das necessidades das pessoas doentes levando-nos a pensar que se torna imprescindível a existência de uma avaliação standardizada de dados. Esta ideia é reforçada por Sounder, e O'Sullivan (2000), que pesquisaram a documentação de enfermagem em relação ao status cognitivo de 42 indivíduos, usando uma grande variedade de medidas standardizadas e concluíram que os profissionais de enfermagem perdem aspectos da diminuição cognitiva dos doentes por uma avaliação limitada do status cognitivo. Estes autores sugerem o uso de medidas standardizadas de avaliação que permita realizar um avaliação efectiva e apropriada que capacite o indivíduo e o rigor das intervenções a implementar. Outro dos aspectos a considerar consiste para o desenvolvimento de um modelo de documentação diz respeito à avaliação final ou dos resultados das intervenções. Uma avaliação dos cuidados prestados insuficiente e pouco rigorosa, tem como consequência uma insuficiente e pouco rigorosa avaliação das necessidades do cliente. Este aspecto, alerta-nos para a importância de os sistemas de os sistemas de informação deverem permitir avaliar continuamente as necessidades do doente, como forma de especificar os resultados dos cuidados. Martin, Hinds, e Felix, (1999) estudaram a documentação de enfermagem de dez unidades de "cuidados de longo prazo" (n=80), tendo sido verificado que os profissionais de enfermagem tendem a colocar um maior ênfase na realização de avaliação do doente com vista à formulação do diagnóstico de enfermagem do que na avaliação das intervenções de enfermagem implementadas e na avaliação dos resultados no doente. Em pouco mais de 50% dos registos foram encontrados status das pessoas doentes numa base de continuidade de cuidados, tendo os investigadores sugerido que este aspecto pode estar relacionado com o facto de os doentes se encontrarem internados por um longo período e os enfermeiros não considerarem importante o registo de cuidados de forma frequente. Neste exemplo, sem a documentação das intervenções de enfermagem não é possível monitorizar alterações nos status das

peçoas, exigindo uma constante actualização dos status.

Voutilainen, Isola e Muurinen, (2004), analisaram a documentação de enfermagem para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem com base na actualização dos planos de cuidados, assim como na produção de notas diárias em 36 contextos de quatro residências de idosos, tendo analisado cerca de 30% da documentação em cada contexto (n=332), incluindo os planos de cuidados, folhas de vigilância diárias, notas de evolução, folhas de terapêutica e checks-lists. Este estudo utilizou a *Senior Monitor Instrument* para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo-se verificado que cerca de 73% dos residentes tinham o plano de cuidados actualizado e apenas em 21% as notas de enfermagem foram feitas diariamente. Verificamos assim que através dos sistemas de informação é possível avaliar o conteúdo da documentação de enfermagem para obter dados sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem. Estes autores sugerem-nos ainda que face aos sistemas de informação, que estes deverão enfatizar a construção de cuidados de enfermagem numa base individual, expressando a capacidade funcional dos doentes e seus recursos, avaliados rigorosamente e expressando o ajustamento concordante dos cuidados de enfermagem. Além disso, este estudo também revelou que quase metade dos documentos analisados apresentavam ausência de informação em relação a tempos específicos e frequências das intervenções preventivas e intervenções terapêuticas.

O desenvolvimento de um modelo de documentação para a arquitectura da informação clínica de enfermagem, pode ter em conta a possibilidade de fornecimento de dados relacionados com a qualidade dos cuidados de enfermagem, podendo assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros definiu em 2001 cerca de seis categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que explicitam a natureza dos diferentes aspectos da profissão em relação à satisfação das pessoas doentes, à promoção da saúde, à pre-

venção de complicações, ao bem-estar e ao auto-cuidado, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. A pesquisa da literatura permitiu encontrar alguns estudos que demonstram uma preocupação em relação aos padrões de qualidade de cuidados de enfermagem, designadamente em termos da satisfação da pessoa doente. Por exemplo, Ruland, (1999) levou a cabo um estudo com um grupo experimental e dois grupos de controlo, com uma amostra de 151 doentes (49 a 51 por grupo) numa unidade de geriatria de um hospital. O objectivo do estudo consistiu em avaliar o efeito das preferências do doente na capacidade de auto-cuidado e na congruência entre as preferências do doente e o estabelecimento de prioridades pelos profissionais de enfermagem, reflectidas na documentação de enfermagem, na execução das preferências da pessoa doente enquanto resultado de cuidados e na satisfação do cliente. A autora concluiu que o estabelecimento de prioridades pelos profissionais de enfermagem é mais congruente com as preferências do doente em relação à sua capacidade de auto-cuidado, quando utilizam a informação dos doentes face a essas preferências, do que quando não utilizam essa informação. Além disso verificou-se que satisfação das preferências dos doentes enquanto resultado, é maior quando os profissionais de enfermagem utilizam informação sobre as preferências do que quando não utilizam. Outra das conclusões, foi que quanto maior a satisfação das preferências dos doentes, maior o seu funcionamento físico aquando a alta. Num outro estudo que foi desenvolvido por Cruchinho (2007) visando conhecer a informação contida nos sistemas de documentação em formato de papel de quatro instituições de saúde portuguesas, face à informação relacionada com a qualidade da prática profissional numa amostra de 211 diagnósticos de enfermagem, constatou-se que os sistemas de documentação analisados apresentavam baixos índices de informação em termos de satisfação da pessoa doente, de promoção de saúde e de prevenção de complicações e níveis mais elevados de bem-estar e auto-cuidado e, de readaptação fun-

cional. Por outro lado, foram identificadas algumas áreas de aperfeiçoamento dos sistemas de informação de enfermagem nomeadamente a 1) documentação dos desejos e preferências do cliente; 2) das actividades nas quais os conviventes significativos poderão ser envolvidos durante o internamento; 3) dos hábitos pessoais que possam ficar alterados; 4) dos estilos de vida da pessoa doente; 5) da promoção dos processos de adaptação; 6) da aprendizagem cognitiva da pessoa doente relativamente a assuntos de promoção de saúde; 7) da utilização de escalas de avaliação; 8) documentação das actividades supervisionadas que foram delegadas noutros profissionais e 9) informação sobre os recursos na comunidade existentes para dar continuidade aos cuidados prestados. Estes dois estudos sugerem a possibilidade interligação entre o desenvolvimento de um modelo para arquitectura da informação clínica de enfermagem com os referidos enunciados descritivos para os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem tem sido retardado pela falta de uma linguagem standardizada, dado que em muitos países os profissionais de enfermagem documentam a sua pratica sem utilizarem uma linguagem de enfermagem standardizada. O desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem depende não só da existência de uma terminologia unificada de enfermagem e de um sistema de classificação (Goossen W., Epping P. & Abraham I., 1996) de forma a que por um lado os profissionais de enfermagem comuniquem entre e si da mesma forma tornando possível a continuidade dos cuidados e por outro, de forma a que seja possível comparar dados entre populações de clientes, instituições de saúde, área de cuidados, países, etc. Para se compreender melhor a importância da linguagem nos sistemas de informação de enfermagem torna-se necessário compreender a diferença entre terminologia, vocabulário, nomenclatura, classificação e sistema de codificação. Dessa forma, uma terminologia consiste numa lista de termos que se referem a conceitos definidos num domínio par-

ticular enquanto que um vocabulário é um conjunto de conceitos que têm definições formais ou em texto livre. Uma nomenclatura é um conjunto de regras necessárias para a composição de novos conceitos complexos e uma classificação é um conjunto de conceitos que é arranjado usando relações genéricas entre si. Por seu turno, um sistema de codificação são meros conceitos designados por códigos (De Keizer, Abu-hanna, & Zwetsloot-Schonk, 2000).

No âmbito da interoperabilidade dos SIS ter um número variável de termos e de terminologias faz com que a extracção de dados seja mais demorada e dispendiosa, assim como a agregação dos dados mais imprecisa (Lusignan, Valentin, Chan, Hague, Wood, Beng, & Dhoul, 2004) pelo que o desenvolvimento de um modelo de documentação necessitará da utilização de uma mesma terminologia e da mesma versão. Por esse motivo, ao longo da última década os enfermeiros da maior parte do mundo tem se dedicado ao desenvolvimento de uma nomenclatura standardizada para a pratica de enfermagem para a utilização nos sistemas de informação. Uma dessas nomenclaturas que tem tido grandes desenvolvimentos nesta área tem sido a *International Classification of Nursing Practice (ICNP)*, desenhada para facilitar a expressão de diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados. Outros sistemas de classificação e taxonomias tem sido desenvolvidos, mas nenhuma tem demonstrado a capacidade para mapear o trabalho de enfermagem ao longo de todas as situações clínicas e em todos os contextos ou para abranger adequadamente as classificações já existentes. Estudos realizados têm demonstrado a facilidade de tradução do sistema, a sua utilidade para os contextos clínicos e para a recolha de dados, desenvolvimento de protocolos e mérito do sistema como instrumento de gestão. Para além destes desenvolvimentos a ICNP tem tido um grande impacto na visibilidade de enfermagem ao nível dos sistemas de informação. Por exemplo, Sansoni, e Giustini (2006), com o objectivo de avaliar a utilidade de uma versão italiana da ICNP levou a cabo dois estudos. Num estudo procurou examinar o ajustamento

entre a documentação actual de enfermagem e a documentação com a versão β da ICNP nomeadamente em relação ao eixo do foco da prática de enfermagem e que utilizou os registos de enfermagem de 90 adultos de um centro de reabilitação. Este estudo também inclui um exercício de modelação económica, em que se examinaram os custos reais e potenciais da técnica de posicionamento do doente no contexto de reabilitação, com base no Diagnostic Related Groups, sendo o seu propósito verificar se e com que extensão os custos com o pessoal de enfermagem são mais rigorosos usando dados com a ICNP. Noutro estudo, a documentação com a ICNP de um contexto pediátrico foi analisada a documentação para verificar o numero de termos usados que podem ser codificados com a ICNP e as definições correspondentes para a formulação diagnostica e o numero de diagnósticos que foram considerados relevantes. Os autores verificaram nos dois estudos que a maioria dos termos utilizados na documentação podem ser codificados através da ICNP e que esta permite uma melhor contabilização dos custos reais associados ao trabalho de enfermagem.

A adaptação de um modelo de documentação aos diversos contextos clínicos, depende das características da nomenclatura adoptada. Zielstorff, (1998) examinou como os dados são utilizados nos sistemas de informação e reviu os requerimentos resultantes de uma boa nomenclatura na perspectiva de designer de sistemas de informação. Esta autora verificou que uma das características de uma boa nomenclatura é a capacidade de ser completa, isto é de cobrir as várias etapas do processo de enfermagem. Outra característica é a *granularidade* de termos, ou seja a capacidade de descrever e de especificar os cuidados a nível clínico. Além disso, deve permitir qualificar a descrição de condições com recurso a termos modificadores, incluindo a representação do grau de possibilidade de ocorrência de um fenómeno e também a também a documentação negativa de achados. Por outro lado, há necessidade de cada termo da nomenclatura possuir uma definição para assegurar a ausência de ambiguidade na utilização dos termos

como de um vocabulário se tratasse. Outra das características de uma boa nomenclatura é ser multi-axial e permitir a combinação de termos, dado que fornece o máximo de parcimónia, flexibilidade e extensibilidade e, para as quais é útil a existência de regras para a combinação dos diferentes eixos, afim de que não sejam formuladas frases sem sentido. Outra das características consiste na clareza das definições de termos e na não redundância dos mesmos, de forma a que os profissionais de saúde os utilizem rigorosa e consistentemente. Contudo, segundo a autora as nomenclaturas multi-axiais, combinatórias e de elevada granularidade podem dificultar o seu uso pelos profissionais de saúde se exigirem mais tempo do que os sistemas de documentação baseados no papel. Com base nisto constatamos que a ICNP versão 1.0 possui a generalidade das características apontadas anteriormente e serve grandemente o propósito de desenvolvimento de um modelo de documentação.

Em súpula, atendendo à contextualização actual dos SIS em Portugal e às especificidades da prática clínica dos enfermeiros, pensamos que o desenvolvimento de um modelo de documentação em enfermagem que utilize uma linguagem classificada para a formalização da arquitectura informacional dos sistemas de informação, constitui um trabalho que pode ter repercussões na prática profissional quotidiana, designadamente através da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem por parte das instituições de saúde, utilizando os sistemas de informação como instrumento para a melhoria continua da assistência prestada.

Bibliografia

- Bjorvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*. N. 12, p. 206-214.
- Clark, J. & Lang, N. (1992). Nursing's next advance: an internal (internacional) classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39(4), p. 109-112.
- Cruchinho, P. (2007). Avaliação da informação sobre a qualidade do exercício profissio-

- nal de enfermagem através dos sistemas de informação. *Revista Percursos*, 2(4), p. 23-32.
- Currell, R., Urquhart, C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2007.
 - De Keizer N., Abu-hanna, A. & Zwetsloot-Schonk, J. (2000). Understanding terminological systems. I: Terminology and typology. *Methods of Information in Medicine*, Mar;39(1) p. 16-21.
 - Direcção Geral de Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Ed. do autor: Lisboa, p. 133-151. ISBN 972-675-109-8
 - Doenges, M., Moorhouse M. & Burley. J. (2003). *Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis: An Interactive Text for Diagnostic Reasoning*. 4th Edition. Philadelphia: F. A. Davis., p. 3-145, ISBN 0-8036-1066-1
 - Ehrenberg, A., Ehnfors, M. & Thorell-Ekstrand, (1996). Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPs-model. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 853-867.
 - Ehrenberg, A. & Ehnfors M. (1999). Patient records in nursing homes. Effects of training on content and comprehensiveness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, p. 72-82.
 - Ehrenberg, A. & Ehnfors M. (1999). Patient problems, needs, and nursing diagnoses in swedish nursing home records. *Nursing Diagnosis*, 10, p. 65-76.
 - Goossen, W., Epping, P & Abraham I.(1996). Classification systems in nursing: formalizing nursing knowledge and implications for nursing information systems. *Methods of Information in Medicine*, 35(1), p. 59-71
 - Hansebo G., Kihlgren M. & Ljunggren G. (1999). Review of nursing documentation in nursing home wards – changes after intervention for individualized care. *Journal of Advanced Nursing*, 29, p. 1462-1473.
 - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2007). Definição do Programa de Transformação dos Sistemas de Informação da Saúde – memorando da análise e diagnóstico da situação actual – Versão resumida. Ed. do Autor: Lisboa. Janeiro. P. 61-63.
 - Lusignan, S., Valentin, T., Chan, T., Hague, N., Wood, O., Beng, J. & Dhoul, N. (2004). Problems with primary care data quality: osteoporosis as an exemplar. *Informatics in Primary Care*, 13, p. 147-156.
 - Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro
 - Mahler C, Ammenwerth E, Wagner A, Tautz A, Happek T, Hoppe B, Eichstädter R. (2007). Effects of a computer-based nursing documentation system on the quality of nursing documentation. *Journal of Medical Systems*. 31(4), p. 274-82.
 - Manning, J & McConnell, E. (1997). Technology assessment: a framework for generating questions useful in evaluating nursing information systems. *Computers in Nursing*, 15(3), p. 141-146
 - Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nielsen, G. & Yan, J. (2001). *Building standard-based Nursing Information Systems*. Washington: Pan American Health Organization, p. 18-19, ISBN 92 75 12364 0.
 - Martin, A. Hinds, C. & Felix, M. (1999). Documentation practices in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 345-352.
 - Nursing Board of Tasmania (2003). Standards for nursing documentation, p. 1-15. Retirado de <http://www.nursingboardtas.org.au/> em 31 de Maio de 2007.
 - Sansoni, J. & Giustini, M. (2006). More than terminology: using ICNP to enhance nursing visibility in Italy. *International Nursing Review*, 53, p. 21-27.
 - Souder, E. & O'Sullivan P. (2000). Nursing documentation versus standardized assessment of cognitive status in hospitalized medical patients. *Applied Nursing Research*, 13, p-29-36
 - Stokke T., Kahlfoss, M. (1999). Structure and content in norwegian nursing care documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13, p.18-25.
 - Vassar J., Lin B. & Planchock N. (1999). Nursing information systems: a survey of current practices. *Topics in Health Information Management*, 20(1), p. 58-65.
 - Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. (2004). Nursing documentation in nursing homes –state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, p. 72-81.
 - Ruland, C. (1999). Decision-support for patient preference-based care planning: effects on nursing care and patient outcomes. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 6, p. 304-312.
 - Rukanuddin, R. (2005). Introduction and development of NCP using ICNP® in Pakistan. *International Nursing Review*, 52, p. 294-303.
 - Urquhart, C. & Currell, R. (2005). Reviewing the evidence on nursing record systems. *Health Informatics Journal*, 11(1), p. 33-34.
 - Zielstorff, Rita D. (1998). Characteristics of a good nursing nomenclature from an informatics perspective. *Online Journal of Issues in Nursing*. Retirado de http://www.nursingworld.org/olin/tpc7/tpc7_4.htm em 24 de Agosto de 2007.

Paulo Cruchinho
RN, MNSc, docente na ESS-IPS
Doutorando do Programa de Doutoramento em
Sistemas de Informação da Universidade de Évora

E-mail: paulo.cruchinho@ess.ips.pt